البرامج الإرشادية

(الجزء الأول)

إعداد
محمد عاطف الجمال
ماجستير صحة نفسية

... في هذا الكتاب ...

يتناول الفصل الأول(الإرشاد المعرفي السلوكي) نشأة وتطور الإرشاد المعرفي السلوكي وتعريف الإرشاد المعرفي السلوكي ،و أسس الإرشاد المعرفي السلوكي، و أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي ،و مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي ،و الاطار النظري للإرشاد المعرفي السلوكي، وفنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.

يشمل الفصل الثاني (الإرشاد بالمعنى) نشأة الإرشاد بالمعنى وتعريفه وأسسه الفلسفية . أهداف ومبادئ الإرشاد بالمعنى فنيات الإرشاد بالمعنى.

يتكون الفصل الثالث(البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي) مفهوم البرنامج "العقلاني الانفعالي" السلوكي ،و نظرية إليس في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ،و مميزات استخدام الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ،و الانتقادات الموجهة للبرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي وفنيات العلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي ،و الأفكار العقلانية واللاعقلانية.

يحتوي الفصل الرابع (العلاج بالواقع) تعريف الإرشاد بالواقع ،و أسس الإرشاد بالواقع والأفكار الفلسفية التي يستند عليها الإرشاد بالواقع ،و المفاهيم الأساسية للعلاج بالواقع.

يشتمل الفصل الخامس (البرنامج الإرشادي النفسي الديني) تطور الإرشاد النفسي الديني و أهمية الدين والنمو النفسي الديني فى حياة الإنسان. ، و مفهوم الإرشاد النفسي والإرشاد النفسي الديني. وأسس الإرشاد النفسي الديني ،و أهمية الإرشاد النفسي الديني ،و أهداف الإرشاد النفسي الديني. وفنيات الإرشاد النفسي الديني ،و مزايا الإرشاد النفسي الديني و أوجه النقد للإرشاد النفسي الديني.

فهرس الكتاب

الفصل الأول

الإرشاد المعرفي السلوكي

نشأة وتطور الإرشاد المعرفي السلوكي

تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي

أسس الإرشاد المعرفي السلوكي

أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي

مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي

الأطر النظرية للإرشاد المعرفي السلوكي

فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي

الفصل الأول

الإرشاد المعرفي السلوكي

تمهيد:

يعتبر الإرشــاد المعرفي الســلوكي اتجاها علاجيا حديثا نســبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الابعاد اذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا بحيث يستخدم العديد من الفنيات ســواء من المنظور المعرفي او الانفعالي او الســلوكي كما يعتمد على اقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوئها المسئولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من افكار مشــوهة واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيا تعد هي المســئولة في المقام الاول عن تلك الاضــطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضــيق وكرب وبنفس المنطق يتحمل المريض مســئولية شــخصــية في احداث التغير العلاجي من خلال تصــحيح الافكار المشــوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بافكار واعتقادات اخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية ويعتمد هذا الاتجاه العلاجي على الاقناع الجدلي التعليمي بما يضــمنه من فنيات عديدة في تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض واقناعه بضرورة الالتزام في العلاج وقيامه بالدور المناط به وتوضيح العلاقة بين الافكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية من ناحية وبين ما يعاني المريض منه سواء تمثل ذلك في اضـطرابات او ما يترتب عليها من مشـاعر سـلبية تحد من ادائه الوظيفي في مختلف المجالات وتصبغ هذا الاداء الوظيفي بالخلل

ويطلق على الاتجاه الحديث المجال – الإرشــاد المعرفي الســلوكي – الموجه الثالثة ويرتبط هذا المنطق من العلاج باســاليب العلاج التي تعتمد على التقليل والالتزام ولا يركز العلاج المعرفي الســلوكي وانماط العلاج المرتبطة به على دقة الادراك بقدر تركيزه على مدى الانتفاع الوظيفي من الطرق المختلفة للتفكير والتصرف السلوكي ويتشـابه هذا العلاج حينئذ مع الإرشـاد النفسـي التكويني من حيث التأكيد على تلك العمليات التي تسـاعد الفرد على التواصـل مع العالم الخارجي فالإرشــاد المعرفي الســلوكي هو ان عملية التغير التي قد تحدث بطرق مختلفة ومن ثم فان الإرشــاد المعرفي السلوكي يركز على عددا من المداخل اهمها حل المشكلات – التحكم بالذات – إعادة البنية المعرفية وذلك من اجل تصـحيح مسـار تلك الظواهر عندما يترابط بالمشـكلات العاطفية وبالمثل فان مداخل الجيل الثالث ترى انه أحيانا تكون انماط التغير المطلوب لادراك تلك العمليات المعرفية التي لا تتسم بصحة المسار

ومن ثم فنحن ليس في حاجه إلى الادراك المباشر او التغير السلوكي وانما يجب التركيز على مدى تقبل الفرد لتلك المواقف المقلقة وهو ما يعتبره البعض من المشكلات غير محتملة ومن ثم تنتقل اراء الفرد من (ان تلك المشكلة غير محتملة يجب ان افعل شئ حيال ذلك) إلى (أن تلك المشكلة جزءا من الحياة فانا قد اراها يوميا وليس من الضروري محاولة تغييرها بشكل فوري ومباشر) ان تلك الطريقة في التفكير بخصوص مواقف وتجارب الحياة تقلل من الضغط الذي يتعرض له المريض في محاولته لحل بعض المشكلات المزمنة والمتكررة كما يحرره من ضرورة صياغة بعض الخيارات الاجبارية والمفروضة عليه لحل مشكلاته اليومية وانماط الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي تعد جزءا لا يتجزء من العلاج المعرفي السلوكي التقليدي وذلك بسبب تاكيدها على التقبل المعرفي والتغير السلوكي (Dobson 2010 : 24 – 25) .

أولاً: نشأة وتطور الإرشاد المعرفي السلوكي :

ان الكتابات الاسلامية المبكرة بما فيها رسائل وكتب بن سينا وابو بكر الرازي تشير بوضوح إلى اهتمام المفكرين الاسلاميين المنهجي المبكر بالتفاعل بين اساليب التفكير ومختلف ما يتعرض له الانسان من امراض او هموم فقد انتبهوا للتاثيرات التي يمكن معالجتها بصفتها تنتمي لاساليب التفكير والمعتقدات الذهنية ومنها :

- سوء الظن
- التخلف من النكبات بتقدير اسوا الاحتمالات
- استصواب ما هو خاطئ.
- التفكير بالتحصيل

ومن بين المدارس الفلسفية الغربية التي ابدت اهتمامها بتاثير العمليات المعرفية على السلوك البشري وحالات المدرسة الابيقورية فقد عبر اصحاب هذه المدرسة مباشرة عن اننا نضطرب لا من الاشياء لكن من ارائنا عنها (عبد الستار ابراهيم . ٢٠١١ : ٢٧ – ٢٨).

كما مارس الفيثاغوريون تمارين عقلية لضبط النفس . وبحث الافلاطونيون عن الحقيقة التي كانوا ينتظرون ظهورها في ما يدور من حيث بين المعلمين واتباعهما وبعد ذلك يقرون قام ديكارت باحياء الدرسة العقلانية بطرح مذهب الثنائية التي اسهمت في بروز ظاهرة فصل العقل عن الجسم وفي اواخر القرن الثامن عشر وبداية القرن العشرين اجتاحت حركة الاستشفاء (تحقيق الشفاء باستخدام العقل) اجزاء من اوربا وشمال امريكا والتي تؤكد على قدرة التفكير على تحسين صحة الناس واحوالهم.

كما اوضحنا سلفا ان العلماء المسلمين قد نبهوا للدور الذي يلعبه التفكير في توجية سلوك الانسان وفي سعادته او شقائه فلقد اوضح ابن القيم ان قدرة الافكار اذا لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع ثم الى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها وبذل جهد اكبر في تحقيق ذلك واشار الغزالي الى ان بلوغ الاخلاق الجميلة يتطلب اولا تغيير افكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للاخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة (ناصر المحارب . ٢٠٠٠ : ٤-٥).

ويستمد هذا الاسلوب الإرشادى جذوره من اعمال ارون بيك في الستينيات على مرضى الاكتئاب عام (١٩٦٣ : ١٩٦٧) واعمال اليس منذ الخمسينات ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفي السلوكي يلقى تاييدا امبريقيا لجوانب النظرية التي قدمها بيك وتطبيقاتها المعقدة وذلك على مدى واسع من التشخيصات الاكلينيكية وعينات مختلفة من المرضى وقد تزامنت مع هذه الاعمال : اعمال اليس (١٩٦٢) ويركز كلا منهما على افكار واعتقادات المريض حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي عندهما على مبدا هام يتمثل في ان المعارف الخاطئة او المشوهة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وان الافراد يمكن لهم على المستوى الشعوري ان يستخدموا المنطق (عادل عبد الله . ٢٠٠٠ : ٢٢).

ولقد احس بيك ان النموذج المعرفي يقدم تفسيرا ابسط واقرب لمشكلات المرضى عما تفعله نظرية التحليل النفسي او نظرية الإرشاد السلوكي والتي لا تقدم تفسيرا للاعصية العامة او تحسن المرضى فالعلاج المعرفي يساعد المرضى على ان يستخدموا طرق حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم فيقول بيك ان وصفات العلاج يمكن ان توضع في صورة بسيطة فالمعالج يساعد المريض على التعرف على تفكيره الشخصي وان يتعلم طرقا اكثر واقعية لصياغة خبراته وهذه الطريقة تعطي معنى للمرضى لانها تتيح لهم استخدام معرفتهم عن المفاهيم الخاطئة والتفسيرات الخاطئة في وقت مبكر (محمد الشناوي . ٢٠٠٦ : ١٤٦ – ١٤٧).

ولم يكن الإرشاد المعرفي معرفيا بحتا منذ بدايته . سواء على المستوى النظري او على المستوى التطبيقي فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الافكار بقصد تغييرها حتى يتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف بيك عند استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم الى جانبها فنيات سلوكية وهذا ما اكده بنفسه في كتابه الذي نشره عام ١٩٧٩ م العلاج المعرفي للاكتئاب ومن هنا بدأت تبرز معالم الإرشاد المعرفي السلوكي ولقد اصدر بيك كتابا في عام ١٩٧٠ م بعنوان العلاج المعرفي : طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي Cognitive Therapy : Nature and relation to Behavior Therapy واوضح فيه كيفية تغيير المعارف والافكار من خلال نماذك اشتراطية وهو ما يعتبر بمثابة استراتيجيات سلوكية

ويجب القول بانه بالاضـافة الى اسـهامات كيلي وبيك واليس وميتشـبوم في تطور الإرشـاد المعرفي السلوكي هناك ايضـا امال ادت بشكل او باخر الى الاسراع بتطور هذا النوع من العلاج و من ذلك على سـبيل المثال دور باندورا Bandoura 1957 في نظرية التعلم الاجتماعي والذي ابرز اهمية الجانب المعرفي في تطور السـلوكيات الجديدة وكذلك دور ارنولد Arnold 1060 ولازاراروس Lasarsos 1966 في التأكيد على اهمية الجانب المعرفي في تغيير الانفعالات والسلوك.

ثانيا: تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي :

هو إحدى التيارات العلاجية الحديثة والتى تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفى للإضطرابات الإنفعالية ويهدف هذا الإسـلوب إلى إقناع الفرد إلى معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السـلبية وعبارته الذاتية هى التى تحدث ردود الفعل الدالة على سـوء التكيف ويهدف إلى تعديل الجوانب المعرفية المشـوهة ويعمل على حل محلها طرق أكثر ملائمة للتفكير وذلك من خلال إحداث تغيرات معرفية وسلوكية لدى الفرد (صبحى الكفورى ٢٠٠٠).

أشـار عادل عبد الله (٢٠٠٠) إلى ان الإرشـاد المعرفي السـلوكي هو مجموعة من المبادئ والاجراءات التي تشـترك في افتراض العمليات المعرفية تؤثر في السـلوك وان هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية ويختلف هذا الاسلوب العلاجي عن علاج الاستبصار التقليدي في ان معارف الـ (هنا – الان) النوعية تكون هي الهدف في التغيير من خلال اجراءات توعية اكثر من التاكيد على الماضـي كسـبب للصـعوبات الحالية وتشـمتمل المعارف على الاعتقادات ونظم الاعتقادات التفكير والتخيلات وتشمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وطرق التنبؤ بالاحداث المستقبلية وتقييمها (عادل عبد الله . ٢٠٠٠ : ٢٣).

تعريف قاموس علم النفس :

الإرشاد المعرفي السلوكي هو منهج في العلاج النفسي ياخذ شكل العلاج السلوكي ولكن هدفه ممتد لتحسن المعرفة لدى المريض ومواجهة سوء التكيف في السلوك والمعتقدات.

يعرف (Beck, 1976 , 157) بانه مجموعة من المبادئ والاسـس التي تؤثر في السـلوك وهذه المبادئ تتمثل في العوامل المعرفية التفكير – تخيل – ذكريات ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا تعديل هذه العوامل ميكانزيما هام لانتاج تغير في السـلوك فالسـلوك المختل ناتج عن نماذج تفكير منحرفة تم الابقاء عليها ولفهم العلاج المعرفي عند بيك يجب تقييم ثلاثة مفاهيم اساسية هي :

١) الاحداث المعرفية
٢) العمليات المعرفية
٣) التركيبات المعرفية (beck 1976 p 157).

ثالثا: أسس الإرشاد المعرفي السلوكي:

١. ثبات السلوك الإنساني في ضوء يمكن استنتاج ما سيكون عليه بالمستقبل .
٢. مرونة السلوك الإنساني وقبوله للتعديل، لأن السلوك المرن هو السلوك القابل للتعديل.
٣. يتطلب معرفة مصدر المشكلة، لأن آثارها تختلف باختلاف مصدرها .
٤. يتوقف نجاح العملية الإرشادية على عوامل خاصة بالمسترشد وبيئته مثل الخصائص الاجتماعية والبيئية والتعليمية.
٥. تقوم بصياغة المشكلة صياغة جيدة .
٦. لابد من التعاون والمشاركة النشطة للعمل كفريق وإعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها العميل بين الجلسات.

رابعا: أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا مقننا يستغرق وقتا محددا في علاج المشكلات او الاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الفرد ويعد من هذا المنطلق ذا ثلاثة اهداف تتمثل في :

١) العمل على تقليل ما يشعر به ذلك الفرد من كرب وعجز يرجع في الواقع الى الاضطراب الذي يعاني منه التقليل من حدة الاضطراب الانفعالي الذي يعتريه
٢) تدعيم مشاركته الفعالة في المواقف الاجتماعية المختلفة والعمل على منع حدوث انتكاسه بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

وهو يعمل في سبيل ذلك بقوة ثلاثية تضم استراتيجيات معرفية . سلوكية . واخرى انفعالية (عادل عبد الله . ٢٠٠٠ : ٣١).

كما يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي الى تغيير افكار وتفسيرات المريض غير الواقعية والمشوهة لاحداث الحياة واحلال افكار اخرى واقعية وتوافقية وتقييمات ايجابية للاحداث وهذه الفروض والتفسيرات المشوهة هي الناتج الحقيقي للمخططات المبكرة التي تشكلت خلال مراحل التنشئة.

كما يقوم على منحي مشترك نفسي تعليمي يتضمن تصميما لخبرات تعلم نوعية بهدف تعليم المريض مهارات جديد ةلتحدى هذه المخططات ونصححها من ذلك:

١) مراقبة افكاره الالي.
٢) التعرف على العلاقة بين المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية.
٣) اختبار صحة الافكار الالية.
٤) احلال افكار واقعية بدلا من الافكار المشوهة.
٥) تحديد وتغيير الافكار والفروض او المخططات التي تهئ المريض للانخراط في انماط التفكير الخاطئ (صفوت فرج . ٢٠٠٨ : ٣٠٤) .

يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي تعليم المريض التحدث الايجابي مع الذات – أي استخدام عبارات ايجابية ومنطقية اثناء الحوار الذاتي مع النفس – كما يشجع المعالج المرضى على القيام ببعض المناشط التي تؤدي إلى طرد الافكار الانهزامية وغير المنطقية (عبد الرحمن العيسوي . ٢٠٠١ : ١٤٥).

كما يعمل الإرشاد المعرفي السلوكي على تصحيح التقييمات الخاطئة المتعلقة بالاحساسات الجسمية باعتبارها مصدر تهديد وتطبق الاستراتيجيات المعرفية بمشاركة الاساليب السلوكية (ديفيد هـ بارلو . ٢٠٠٢ . ٣٩٠).

خامسا: مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي:

أ– تقوم نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي على مبادئ ومسلمات يمكن تلخيصها كما وضحها (رشاد موسي ، ٢٠١٣: ٣٦٠) على النحو التالي:

١) إن التغير المعرفي يجعل الفرد نشطا، الأمر الذي يؤدي إلي نجاح العلاج .
٢) التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله .
٣) تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية، والانفعالية، والسلوكية.
٤) التأكيد على العلاج الذي يعتمد علي قدرة الفرد في رؤية، وتنظيم، وتعزيز السلوك المكتسب.
٥) التركيز على تفاعل الفرد مع بيئتة.
٦) يعلم الإرشاد المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف علي الآثار، والاعتقادات غير الفعالة، وكيف، يقدمها، ويستجيب لها .
٧) يجعل الناس بنائين لذاتهم، ويسعون لتحقيق السعادة، والتوازن في حياتهم إلا أن بعض الظروف تجعل منهم أناس غير عقلانيين، هازمين لذاتهم مثل أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة في مرحلة الطفولة.

٨) إن الأفكار والمعتقدات لدى الفرد لها معاني شخصية عالية،ويمكن اكتشاف هذه المعاني من قبل المعالج.

٩) إن الشعور بالذنب سبب رئيسي من أسباب اضطرابات الانفعالية وأن الناس عرضة للانفعالات السلبية مثل : القلق والاكتئاب والخجل بسبب التفكير اللامنطقي .

١٠) إن استجابة الفرد للضغوط النفسية تبدأ بالتفكير، ثم بعد ذلك انفعالات ثم الاستجابة السلوكية المرضية، وليس العكس، فالتفكير يحكم الانفعال، والاثنين يحكمون السلوكيات البشرية.

– هناك علاجات متنوعة معرفية سلوكية – وليس علاجا واحدا – يطلق عليها جميعا اسم العلاج المعرفي السلوكي الا ان القاسم المشترك بينها هو انها تتفق في المبادئ العامة لهذا المنحنى والتي يمكن تخليصها كما وضحها (صفوت فرج . ٢٠٠٨ . ٢٩٥) في المبادئ الثلاثة الاتية :

١) الانشطة المعرفية تؤثر في السلوك.
٢) تقبل الانشطة المعرفية المختلفة الملاحظة كما يمكن تغييرها
٣) يمكن التوصل الى التغييرات السلوكية المرغوبة نتيجة للتغيرات المعرفية التي يمكن تحقيقها.

ب- مبادئ يقوم عليها الإرشاد المعرفي السلوكي نعرضها كما وضحها (محمود عبد الرحمن حموده. ٢٠١١: ٨١ – ٨٠ – ناصر المحارب. ٢٠٠٠ : ٣٨-٣٩) فيما يلي :

المبدأ الاول : يعتمد الإرشاد المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها بصورة مستمرة ضمن اطار المنظور المعرفي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة منها :

١) تحديد الافكار الحالية للمريض (مثل انا فاشل لا استطيع عمل شئ كما ينبغي)
٢) تحديد الافكار التي تساعدهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها (العزلة الاجتماعية . التردد . السلوكيات التي تتفاعل مع الافكار وتدعمها)
٣) التعرف على العوامل المرسبة التي اثرت على افكار المريض عند ظهور المرض (حادثة مخزنة تغير شئ مالوف) وبعد ذلك يتعرف على الاسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها (مثلا عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل).
٤) يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الاولى ولكنه يستمر في اجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

المبدأ الثاني : يتطلب العلاج المعرفي الســـلوكي وجود علاقة جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق له وحسن الاستماع بالاضافة الى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية.

المبدأ الثالث: يؤكد العلاج على اهمية التعاون والمشـــاركة الفعالة بين كل من المعالج والمريض حيث يقررا معا ماذا يناقشا في كل جلسة وعدد الجلسات والواجب المنزلي الذي سيقوم به المريض وفي الجلسات الاولى يكون للمعالج الدور الاكبر في التوجيهات والاقتراحات وتلخيص ما تم مناقشته في كل جلسه ثم مع مرور الجلسات يصبح المريض اكثر ايجابية.

المبدأ الرابع : وجود هدف واضـح ومتمركز حول مشـكلة ما حيث يطلب المعالج من المريض في الجلسة الاولى ان يحدد مشاكله وان يضـع اهدافا معينة لعملية العلاج في عبارات سلوكية واضـحة مثل : اقامة صــداقات جديدة ويســاعد المعالج المريض في تقييم الافكار التي تعطل هذا الهدف أي ان المعالج يعطي اهتماما خاصـا للعقبات التي تعوق المريض في حل مشـاكله مع التوصـل لاهدافه بمفردة.

المبدأ الخامس : يركز العلاج على الحاضر والمواقف المؤلمة الحالية والعمل على حلها وقد يركز المعالج على الماضي في حالات ثلاثة :

١) نزوع المريض بشدة للماضي
٢) التركيز على المشاكل الحالية لا يحقق النتيجة المطلوبة
٣) عندما يرى المعالج اهمية الماضي لفهم كيفية نشوء الافكار السلبية

المبدأ السادس : العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف الى جعل المريض معالجا لنفسه كما انه يهتم كثيرا بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن للانتكاسة

المبدأ السابع : الإرشاد المعرفي السلوكي علاج قصير المدى ويتم علاج معظم حالات الاكتئاب والقلق في مدة لا تزيد عن ١٤ جلسة.

المبدأ الثامن : تتم الجلســات في العلاج المعرفي الســلوكي وفق جدول عمل معين يحاول المعالج تنفيذه قدر الاســتطاعة والتعرف على الوضـــع الانفعالي للمريض ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الاسبوع الماضــي واعداد جدول اعمال الجلســة بالتعاون مع المريض والتعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة ومراجعة الواجبات المنزلية تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والاخر ثم اخذ راي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.

المبدا التاســـع : يســـتخدم العلاج المعرفي الســـلوكي فنيات متعددة لاحداث تغييرات في التفكير والمزاج والسلوك

المبدأ العاشر : يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على ان يكون المعالج صريحا مع المريض ويناقش معه وجهة نظره حول المشـــكلة ويتعرف باخطائه ويســـمح للمريض يمعارضـــته وعدم القيام بذلك بتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.

سادسا : الاطر النظرية للإرشاد المعرفي السلوكي :

لقد تزايد الاهتمام منذ الســبعينات بهذا المنحتى العلاجي ويبرز في هذا الســبيل ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة ارســى دعائمها كل من بيك وأليس وميتشــنبوم وجدير بالذكر ان هذه الاســاليب الثلاثة تعد هي الاكثر شــيوعا واســتخداما في العلاج المعرفي الســلوكي بل ان الامر يكاد يقتصــر تقريبا على هذه النماذج الثلاثة فقط وان كان الاتجاهات الاول والثاني وهما اتجاه بيك . اليس هما الاكثر شيوعا حيث يعد اتجاه ميتشنبوم بمثابة محاولة لم تكتمل بعد سواء على المستوى التنظيري او التطبيقي وسوف نعرض لهذه النماذج بشئ من الايجاز على النحو التالي :

١ – اتجاه أرون بيك A. Beck:

يعد النموذج الذي قدمه بيك من ابرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه واكثرها شـــيوعا ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف واعتقادات الفرد في الـ هنا والان كسبب في اضطرابات الشخصية فانه ايضــا يســتعين ببعض الفنيات الســلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب ان تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمســـتقبل (علي احمد ســـيد . محمد محمود . ٢٠١١ : ١٧٧ – ١٧٨)

ففي البداية ركزت تجارب بيك على مفاهيم الغضـــب الموجه الى الذات وفرض المازوشـــية ودراسة الاحلام وتحليل مضمونها وقاده ذلك لاختبار ما يدعى الحاجه للمعاناة لدى مرضى الاكتئاب هذا المفهوم الذي لم تؤيده التجارب ايضـــا ولقد ادى ذلك ببيك وزملائه الى مزيد من الدراســـات المبريقية والملاحظات الاكلينيكية ويصـــف بيك ملاحظاته الاصـــلية على المرضـــى المكتئبين التي اعتمدت على اســـلوب التداعي الحر والكلام اثناء مرورهم بخبرات التحليل النفســـي معه ويقرر انه لاحظ ان المرضـــى يخبرون نوعا من الافكار الباهتة التي لم يكونوا واعيين بها تماما ولم يذكروها اثناء خبرة التداعي الحر هؤلاء الناس كما افترض بيك لم يكن لهم ان يصـــبحوا واعيين بهذه الافكار الا اذا تم توجيههم لتركيز انتباهم على تلك الافكار

ولقد بدا لبيك ان تلك الافكار تتوحد مستوى من الوعي يشبه ما يسميه فرويد مستوى ما قبل الشـعور هذا المسـتوى من الوعي الذي يبدو انه يرتبط بما يقوله الناس لانفسـهم ويكون متداخلا في نظام مراقبة الذات اكثر ارتباطه بما يقولونه في محادثاتهم وطريقتهم المعتادة في التواصـل مع الناس وهكذا ظهرت تلك الافكار الذاتية على انها جزء من نظام التواصـل الداخلي في مقابل التواصـل بين الاشخاص الذي يستخدم في المناقشة مع الآخرين.

وتكمن اهمية توضـيح هذه الافكار والمعارف في انها تسـاعد في فهم ردود الافعال الانفعالية لدى المرضى والتي بدت كانها لا تتسق مع الموقف فلقد وجد ان الغضب غير الواقعي او المبالغ فيه او أي انفعال اخر كالحزن والقلق يعتمد على التقييم الخاص للفرد لهذا الحدث وهذه التقييمات الخاصة تصبح مسيطرة في الاضطرابات الاتفعالية.

وبعد ان تاكدت افتراضـات بيك لحقيقة وجود تاثير الافكار الذاتية من خلال تجاربه والملاحظات الاكلينيكية وكذلك اكدت وجود نظرة سـلبية عامة نحو الذات والمسـتقبل لدى مريض الاكتئاب حينئذ بدا بيك في صياغة نظريته المعرفية في الاكتئاب والتي ترى ان الاضطرابات النفسية الشائعه تتركز حول انحراف في التفكير.(زيزي السيد . ٢٠٠٦ : ١٣٣)

وبهذا تتبلور اهداف الإرشاد المعرفي كالتالي :

- التعامل مع تحريف الواقع كـ (اني عبء على اسرتي – لا احد يحبني ....).
- التعامل مع التفكير غير المنطقي. فقد لا يكون هناك تشـويش للواقع وانما يكون التفكير نفسـه قائم على افتراضـات خاطئة فمثلا مريض الاكتئاب ويلاحظ تسـربا باحد صـنابير الماء فيستنتج ان المنزل برمته في تدهور.
- وبايجاز فان الهدف من الإرشـاد المعرفي هو تصـحيح نمط التفكير لدى المريض بحيث تصـحح صـورة الواقع في نظره ويصـبح التفكير منطقيا ويركز الإرشـاد المعرفي على حل المشكلات (آرون بيك . ٢٠٠١ : ١٧٥ – ١٧٦) .

٢– اتجاه اليس:

بدأ اليس هذا الاتجاه العلاجي عام ١٩٥٥ وكان يعرف انذاك بالعلاج العقلاني ثم اضاف له عام ١٩٦١ مصطلح الانفعالي ليصبح هذا العلاج هو العلاج العقلاني الانفعالي واستمر كذلك الى ان اضاف له عام ١٩٩٣ مصطلحا اخر هو السلوكي ليصبح مسماه هو العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (عادل عبد الله . ٢٠٠٠ : ٩٥ – ٧١).

وتركز نظرية اليس في العلاج العقلاني الانفعالي . إلى ان هناك تشـــابك بين العاطفة والعقل او المشاعر والتفكير لدى الانسان فالناس يفكرون ويشعرون ويتصرفون بشكل متان (أي في نفس الوقت وهم نادرا ما يشعرون بدون ان يفكروا لان المشاعر تستثار عادة عن طريق ادراك موقف معين ويعبر اليس عن فكرته بقوله " عندما ينفعل الفرد فانه يفكر ويتصــرف وعندما يتصــرف فانه ايضـــا يفكر وينفعل وعندما يفكر فانه ايضـــا ينفعل ويتصــرف ولكي نفهم ســلوك قهر الذات يجب ان نفهم كيف يشعر الناس ويفكرون ويدركون ويتصرفون ويعتقد اليس ان الاضطراب الانفعالي والنفسي هو نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي ويصــــاحب الاتفعال التفكير فالواقع ان الانفعال انما هو تفكير متحيز ذو طبيعة ذاتية عالية وغير منطقي كما ان التفكير غير العقلاني (غير المنطقي) ينشأ من خلال التعلم غير المنطقي المبكر الذي يكون الفرد مهيأ له من الناحية البيولوجية والذي يكتســــبه بصـــفة خاصـــة من والديه والمجتمع وعلى ذلك فلقد اورد لنا احدى عشـــرة فكرة لا عقلانية من واقع المجتمع الامريكي يرى انها ربما تكون هي المسئولة عن العصاب.

وهذه الافكار ممثلة فيما يلي :

١- من الضروري ان يكون الشخص محبوب او مرضيا عنه من كل المحيطين به

٢- ان يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والانجاز حتى يمكن اعتباره شخصا ذا اهمية

٣- بعض الناس يتصــفون بالشــر والوضـــاعه والجبن ولذلك فهم يســتحقون ان يوجه لهم اللوم والعقاب

٤- انه لمن النكبات المؤلمة ان تسير الامور على غير ما يريده المرء لها

٥- ان التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها

٦- ان الاشياء الخطرة او المخيفة تعتبر سببا للانشغال البالغ ويجب ان يكون الفرد دائم التوقع لها

٧- انه من الاسهل ان نتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية عن ان تواجهها

٨- ينبغي على الفرد ان يكون مستندا على اخرين وان يكون هناك شخص اقوى منه يستند عليه

٩- ان الخبرات والاحداث المتصـــلة بالماضـــي هي المحددات الاســـاســـية للســـلوك في الوقت الحاضر ان تاثير الماضي لا يمكن استبعاده

١٠- ينبغي على الفرد ان يحزن لما يصيب الاخرين من مشكلات واضطرابات

١١- هناك دائما حل صــــحيح او كامل لكل مشـــكلة ويجب ان نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة.

ويرى اليس ان هذه الافكار الاحدى عشـــرة تمثل افكار خاطئة وغير منطقية تشـــيع في المجتمع الامريكي وانه عندما يقبل الافراد هذه الافكار ويدعمونها بما يحدثون به انفسهم فانها تقودهم الى الاضـــطرابات الانفعالية او العصـــاب حيث انهم لا يســـتطيعون العيش معها ويعاني الافراد المضطريون من التعاسة لانهم لا يستطيعون تحقيق امنياتهم وما يفرضونه على انفسهم من حتميات ترتبط بعبارات مثال " ينبغي " . " يجب " ومن المفروض " لأنه بمجرد ان يعتقد الفرد في هذا الوهم الذي تتضمنه هذه الحتميات فانه سيصبح مستهدفا للكبت والعدوانية . الدفاعية . الشعور بالاثم . وعدم الكفاءة . كما يصبح غير منضبط وغير سعيد . وعلى العكس من ذلك اذا استطاع ان يتحرر كلية من هذه الانواع الاساسية من التفكير غير المنطقي فانه سيصبح من الصعب عليه على غير العادة ان يكون شديد الاضطراب من الناحية الانفعالية او على الاقل فانه يعلق اضطرابه لفترة طويلة من الوقت. (عادل الاشول . ٢٠١٠ : ١٢٥ – ١٣٢)

هذا وتتمثل اهداف العلاج من وجهة نظر اليس في تحقيق مســـاعدة المريض في تعرف افكاره غير العقلانية التي تســـبب ردود فعل غير مناســـبة لديه نحو العالم حث المريض على الشـــك والاعتراض على افكاره غير العقلانية . التخلص من الافكار والمعتقدات غير العقلانية بالاقناع العقلي المنطقي واعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض . ازالة او تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض . وبصـــفة خاصـــة . تقليل القلق (لوم الذات) وتقليل العدوان او الغض لوم الاخرين والظروف) تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقليل التغيير واعادة المريض الى التفكير العقلاني باسلوب نشط وتتضمن العملية علاج اللاعقل بالعقل واللامنطق والخرافة بالعلم وعملية العلاج عقلية بحتة.

ومهمة المعالج هي مساعدة المريض على التخلص من الافكار غير العقلانية وغير المنطقية واستبدالها بافكار عقلانية ومنطقية ويجب ان يتوافر في المعالج الثقافة الواسعة والطلاقة اللفظية والقدرة على التعليم والشرح والتفسير والاقناع وتتالف العملية العلاجية من عدة خطوات تتمثل كالاتي:

التعرف على افكار المريض وتحديد غير العقلاني وغير المنطقي والخرافي منها

(١) تعريف المريض انها غير منطقية وغير معقولة وخرافية اونها ادت الى اضطرابه الانفعالي مع ذكر امثلة من سلوكه المضطرب

(٢) تعريف المريض ان اضطرابه يستمر اذا استمر يفكر تفكيرا غير منطقي أي ان تفكيره غير المنطقي الحالي مسئول عن حالته وليس استمرار تأثير الاحداث السابقة

(٣) تغيير تفكير العميل والغاء الافكار غير العقلانية

(٤) تناول الافكار الخرافية العامة وارســـاء دعائم فلســـفة عقلانية جديدة للحياة بحيث يتجنب العميل الوقوع ضحية لافكار ومعتقدات غير عفلانية وخرافية اخرى.

ونتيجة عملية العلاج العقلاني – الانفعالي هي ان يصــبح لدى العميل فلســفة حياة عقلانية واحلال المعتقدات والافكار العقلانية محل غير العقلانية واذا ما تحقق ذلك فان الانفعالات الســـالبة المؤدية الى الاضطراب تزول هي والسلوك المصاحب لها ويستخدم المعالج اسلوب الهجوم المباشر المنسق على الافكـار غير المنطقيـة وغير العقلانيـة والخرافيـة للمريض بجـانـب المنطق والتعليم والايحـاء والاقناع . كما يتم الهجوم على المعتقدات غير العقلانية عن طريق الدحض (D) وهذا يؤدي الى اثر (E) ذي شــقين اثر معرفي واثر ســلوكي وتصــبح المعتقدات غير العقلانية معتقدات عقلانية وتصبح النتائج غير العقلانية نتائج عقلانية ويكون الاثر النهائي هو تحقيق الصحة النفسية هذا وقد يكون العلاج العقلاني الانفعالي قصــير الامد او طويل الامد وقد يكون فرديا او جماعيا ويســتتغرق في المتوسط حوالي ٢٥ جلسة وتتلخص فنيات العلاج العقلاني – الانفعالي السلوكى فيما يلي :

فتيات خبرية انفعالية : تتعرض للمشاعر وردود الفعل تجاه المثيرات والمواقف والخبرات المنشطة.

فنيات سلوكية : تعدل السلوك غير المرغوب وتغيره الى سلوك مرغوب وتدعمه.

فنيات معرفية : تغير الافكار غير العقلانية والفلسفة غير المنطقية الى افكار عقلانية وفلسفة منطقية وتدعم هذه الفنيات : المحاضــرات . الحوار والمناقشـــات . التشــجيع والحث. التدريب . المواجهة الدرامية المباشــرة . التحصـــين التدريجي . تعليم المنطق والتفكير العلمي (حامد زهران . ٢٠٠١ : ٣٧١ – ٣٧٤).

٣- اتجاه ميتشنيوم :

واضـــع هذه النظرية هو " دونالد هربرت ميتشـــنيوم " وهو امريكي الاصـــل ولد في مدينة نيويورك عام ١٩٤٠ حصــل على البكالوريوس من كلية المدنية عام ١٩٦٢ ثم التحق بجامعة الينوي فحصل على درجة الماجستير عام ١٩٦٥ ودرجة الدكتوراه في علم النفس الكلينيكي عام ١٩٦٦ وقد عمل في جامعة واترلو في اونتاريو بكندا منذ عام ١٩٦٦ حيث مازال يعمل حتى الان اســتنادا بتلك الجامعة وقد كتب ميتشــتيوم مجموعة من المراجع حول الارشــاد والعلاج الســلوكي المعرفي وكذلك طريقته التي اشتهر بها التحصين ضد الضغوط النفسية (عادل الاشول . ٢٠١٠ : ٢٢٤).

لقد وضــع البرت اليس نظرية في العلاج العقلي الانفعالى وركز على اهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك واعتبر ان نتائج السلوك لا تكون حصيلة تفاعل مثير واستجابة بل ان ذلك افكارا مسـئولة عن حدوث النتائج ثم جاء ميتنبوم ليؤكد على تفس الاتجاه حيث اشــار بان عملية التعلم لا يمكن ان تنحصر في مثير واستجابة كما ترى تلك النظرية السلوكية بل راي انه اذا اردنا تغيير سلوك فرد ما فلابد ان يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وافكاره فالافكار هي التي تدفع الفرد الى العمل.

وقد اشـــار كل من (دولار . وميللر) على ان العنونة والتســميات واللغة والعمليات العقلية العليا لها دور رئيس في عملية التعلم ويشير هذا الاتجاه المعرفي الى :

[١] امكانية حدوث استجابات مختلفة للنفس المثير.

[٢] استجابات متشابهة لمثيرات مختلفة.

لذلك فالعلاج لا يقتصــر على التحكم في الاشــراط الســلوكي والارتباط الشــرطي بين مثير واستجابة بل ان هناك عوامل اخرى تلعب دورا في عملية التعلم وهي : التفكير – الادراك – البناءات المعرفية – حديث الفرد الداخلي مع نفسه – كيف يعزو الاشياء).

ولقد اســتنتج " ميتشــنيوم " بان للتفكير والمعتقدات والمشــاعر والحديث الايجابي مع النفس و توجيهات الفرد لنفســه (اعطاء اوامر لنفســه) لها دور كبير في عملية التعلم فعندما كان يقوم بتجاربه وهو يعد للدكتوراه في جامعة (الينوي) كان " ميتشــنبوم : يقوم بتدريب المرضـــى الفصـــاميين ويقوم بتعليمهم الكلام الصـــحي عن طريق الاشـــراط الاجرائي وقد وجد ان بعض المرضـــى يقومون بتوجيه تعليمات لانفسهم بصوت عال كان يقولوا (كن واضحا وصريحا وفي صلب الموضوع) اما التجربة الثانية فقد كانت على احد المعاقين الذي كان يخرج لسانه لعاملين في المصحة وكان يعالج من قبل طالب في علم النفس ويحاول هذا الطالب تعديل سلوكه عن طريق الاشراط المنفر أي يقوم المعالج باخراج لسانه للمريض لكي ينفر المريض من هذا السلوك ومن خلال احدى المقابلات بين المعالج وبين المريض قال : لماذا يا دكتور لا تطلب مني مباشـرة ان لا اخرج لسـاني (اعطاء اوامر لانجاز المهمة) بدلا من ان تخرج لسانك لي وعندها اتبع " ميتشنيوم " نصيحة المريض وطلب منه الكف عن اخراج لسانه فتعدل سلوكه ولم يعد يخرج لسانه . ولهذا بدا " ميتشتبوم " يركز على الحديث الداخلي او المحادثة الداخلية . حديث الذات او الحوار الداخلي في محاولة لتتغييرها و كذلك اهتم بالتخيلات على امل ان يعرف ما اذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي الى تغيرات في التفكير وفي الشعور والسلوك كما بدا في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضـه في صـورة نظرية كاملة او مصحوبة بالادلة والممارسة في العملية العلاجية (علي سيد، محمد محمود ، ٢٠١١ : ١٧٩ – ١٨١).

ثم اســتخدام " ميتشــنبوم " اســلوب التوجيه الذاتي على الاطفال ذوي النشــاط الزائد وعلمهم ان يتكلموا مع انفســـهم بحيث يفهموا متطلبات المهام المطلوب منهم القيام بها وذلك من اجل ضـــبط سـلوكهم واسـتخدام اسـلوب التقليد والنمذجة لتحقيق هذه الغاية بالاضـافة للتعزيز و العلاج المعرفي ولقد درب " ميتشنيوم " كل فرد ان يراقب نفسه وان يقيم اعماله وان يوجه نفسه اذا كان سلوكه غير مفيد واعطائه اوامر من اجل تقديم استجابة افضل وكان يطلب منهم اعادة صياغة متطلبات المهمة او العمل المرغوب القيام به ثم يعطيه تعليمات للقيام بالمهمة بشـــكل بطئ وان يفكر قبل ان يقوم بالمهمة وان يستخدم خيالة لتحقيق الهدف ويقدم له عبارات المديح والاستحسان.

ويعلمه كيف يضـع احتمالات تفسـر اسـباب حدوث السـلوك غير الجيد وان يقول عبارة او جملة ليتكيف مع الفشل وعبارة اخرى تشجع على التغلب على المشكلات وذلك بالقيام بمحاولة جديدة واسـتجابة بديلة ومناسـبة ومن هذه الجمل مثلا : كن موضـوعيا – قف وفكر – قم بواجبك – انا لا اوضـح ما اقوله ولا احاول مره اخرى " وقد نجح " ميتشـنيوم " في تعديل سـلوكيات الاطفال الذين يعانون من اضـطرابات سـلوكية مثل : الاندفاعية . النشـاط الزائد . العدوانية عن طريق اسـتخدام التعليمات الذاتية وقد ادى استخدام هذه الطريقة مع طرق الاشراط الاجرائي الى اعطاء نتائج افضـل وقد خلص " ميتشنيوم " من هذه البحوث الى ان التدريب على التعليمات الذاتية يمكن ان يكون فعالا في تغيير الانماط المعرفية . وكذلك الخاصة يعزو السلوك ولكنه حذر في نفس الوقت من ان فاعلية هذه النظرية لم تتاكد بعد وقد استخدم طريقة بعد ذلك في تدريب حالات انفصام على تعديل سلوكهم (بطرس حافظ ، ٢٠٠٨: ١٧٩).

سابعا : فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي :

يتضـمن الإرشـاد المعرفي السـلوكي عددا من الفنيات التي تحقق اهدافا علاجية مختلفة و يسـتطيع المعالج اللجوء الى أي منها حسـب حالة المريض والاهداف المتوقعه من العلاج كما يمكنه استخدامها جميعا اذا ما تطلب الامر ومن بين هذه القنيات ما يلي :

أولاً : الفنيات المعرفية :

(١) إعادة البناء المعرفي: (Knowledge- rebuilding):

تعد فنية إعادة البناء المعرفي أحدث أسـاليب التدخل النفسـي المعرفي الذى تهدف إلي تصـحيح المعتقدات والاتجاهات المضـطربة وظيفياً، والتي تؤدي إلي الاضـطرابات النفسـية حيث أن السـلوك اللاتوائمي ناتج عن خبرات ومعارف خاطئة يتم استبدالها بأخرى صـحيحة من خلال إعادة البناء المعرفي (آمال باظه، ٢٠٠٢ : ٢٧٨).

ولذلك يجب أن يهدف العلاج إلي التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشـوهات المعرفية وتفسير وتصـحيح المفاهيم الخاطئة التي يتبناها المريض، ومساعدته علي إعطاء الخبرات البديلة تجاه المفاهيم الخاطئة التي يتعرض لها ومسـاعدته علي تبني أفكار منطقية بشـكل أفضـل (Core. et-al. 2001:295).

ففي هذه الفنية يطلب من المريض ان يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الاخرين على سبيل المثال يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد انا شـــخص عديم الفائدة ان يعرف المقصـــود بعديم الفائدة ثم يطلب منه ان يشـــير إلى أنه ســـيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصــفة يبدا بصــفر عدم الفائدة تماما ١٠٠ % فعال جدا وهي فنية مفيدة لاســتبدال الافكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الاساسية وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شئ او لا شئ (علي سيد . محمد محمود. ٢٠١١ : ٢١٤).

ويشـــار احيانا الى اعادة التشـــكيل المعرفي باعادة التشـــكيل العقلاني النظامي ويعود هذا المصــطلح الى جولد فرايد وزملائه الذي اسـتعاره من اعمال دولار وميلر في الخمسـينيات من القرن الماضـي ويرى جولد فرايد ان خبرات التعلم الاجتماعي المبكرة تعلم الفرد اطلاق مسميات معينة على المواقف بطريقة مختلفة وبالتالي فان ردود الفعل الانفعالية لهذه المواقف قد يمكن فهمها باعتبارها استجابة للطريقة التي يسمى بها الفرد الموقف بعكس الاستجابة للموقف في ذاته ويصبح المدى الذي يميز فيه الفرد بطريقة غير ملائمة مؤشرات المواقف الاجتماعية باعتبارها مصدر تهديد شخصي هو الذي يحدد استجاباته السلوكية والانفعالية غير التوافقية ويفترض جولد فرايد ان الفرد يمكن ان يكتسب مهـارات اكثر فـاعليـه من خلال تعلم كيفيـة تعـديـل النظم المعرفيـة غير التوافقيـة التي ترتبط اليـا باســـتجاباته عندما يواجه مواقف مثيرة للقلق وبالتالي فان الهدف من اعادة التشـــكيل العقلاني هو تدريب العميل على ادراك المؤشرات الموقفية بطريقة اكثر صحة ومن ثم يمكن تقسيم خطوات تطبيق اعادة التشكيل العقلاني الى خمس مراحل :

١) التعرض للمواقف المثيرة للقلق باستخدام تعرض تخيلي او من خلال لعب الادوار.
٢) القيام بتقييم ذاتي لمستوى القلق
٣) مراقبة مصاحبات اثارة القلق في الموقف
٤) تقييم عقلاني لهذه الافكار غير التوافقية
٥) ملاحظة الشخص لمستوى قلقه الذاتي لاعادة التقييم العقلاني

وتضـــمن الاســـاليب المســـتخدمة في الموقف العلاجي البروفات الســـلوكية والتكليفات الحية والنمذجة واسـاليب الاسـترخاء التي يمكن التوصـل اليها من خلال التدريب على للتحصـين التدريجى والذي يعمل من منظور جولد فرايد بمثابة برنامج شـــــامل لتنمية مهارات التغلب حيث يؤكد فيه على اربعة مكونات هي :

١) وصف منطق العلاج باعتباره تدريبا على المهارات.
٢) استخدام الاسترخاء بوصفه استراتيجية تغلب عامة او متعددة الاهداف
٣) استخدام سيقات متدرجة متعددة
٤) التدريب على استخدام الاسترخاء في كل المواقف التي تستثير القلق (صفوت فرج . ٢٠٠٨ : ٣٠٥ – ٣٠٦) .

وخلاصـــة القول فان عملية اعادة البناء المعرفي تســاعد الفرد على تحســين عملية التفكير الاتوماتيكي اللاشـعوري وذلك من خلال تقليل تدفق الانفعالات الضـاغطة التي تنتج عن التحريف او التشـويه المعرفي وعملية اعادة البناء المعرفي تكون مفيدة للافراد الذين لديهم مشـاعر غير صـحيحة عن النوم فمثلا قد يعتقد شـخص ما ان ثمان سـاعات من النوم ضـروروية لنوم صـحي ومع ذلك من المحتمل ان هذا الشـخص يحتاج ساعات نوم اقل من ثمان سـاعات وعلى المعالج النفسـي ان يطلب من المريض او من هذا الشـــخص ان ينظر الى تاريخه الخاص بالنوم ومن المحتمل ان يرى هذا الشـخص انه ولعدة مرات في الماضــي نام سـاعات اقل من ذلك وكان لا يعاني من الاعراض التي تلازم او تصاحب الارق (مجدي الدسوقي . ٢٠٠٦ : ١٨٠ – ١٨١).

(٢) فنية إيقاف الأفكار Thought Stopping:

تعتبر هذه الفنية من الطرق المرتبطة بأســـلوب تعديل المحتوي الفكري والحوار الداخلي عن طريق استراتجية تشتت الأفكار القهرية التي تشـغل الذهن ويصـعب التخلص منها خاصـة قبل النوم فتؤدي إلي الأرق وضياع النوم.

طريقة ســـلوكية يتم فيها تدريب الفرد الذي يعاني من الارق على ان يفكر بطريقة متكررة ومستمرة في ذهابه الى الفراش وهذا الاسلوب من التفكير يساعد على تبديد او محو القلق المرتبط او المصاحب لعملية الذهاب الى الفراش ويقلل من احتمالية الوساوس التي تتعلق بشان خلوده الى النوم فمن المعروف ان كل شـــخص منا يمر بتجربة التحدث الى النفس او اجراء محادثة مع نفســـه ويعد هذا امر طبيعي ومع ذلك فان ما يقرب من ٨٠ % من التفكير التلقائي الذي يدور في رؤوسـنا يكون ســـلبيا ولا يقوم بالضـــرورة على الواقع ويتضـــمن على بعض الافكار مثل كان من المفروض عمل ويجب ان افعل كذا .. وانني دائما اسلك طريقا لا يجدي ولم يطلب مني ابدا ان افعل

ويهدف التوقف عن التفكير الى تعلم الفرد المزيد من المرونة المعرفية ويتم تخقيق او انجاز ذلك بادراك ان الاثارة العاطفية او الانفعالية تشتت قدرتنا على ان ترى العالم بدقة فنحن نميل او نتجه الى رؤية الاحداث او النظر اليها من خلال عواطفنا كما يجب النظر الى الافكار التلقائية الناتجة عن التقديرات المشتتة التي تسبب الضيق او الكرب او التوتر على انها افتراضات وليست حقائق ويجب تعلم تحدي هذه الفروض او الافتراضات ومعظمنا لا يستطيع تحدي او مجابهة هذه الافكار التلقائية المسببة للتوتر والضيق وذلك لانها تلقائية وغالبا تكون لا شعورية بنفس الطريقة التي تتجاوب بها عادة مع الضغوط المختلفة واعادة البناء المعرفي يعلمنا ان تتوقف ونتامل ونقيم المواقف بطريقة اكثر دقة او بمزيد من الدقة والتروي ويعمل ذلك يتم منع او تقليل الافكار التلقائية التي تبعث على الضيق وتسبب التوتر (مجدى الدسوقى . ٢٠٠٦ : ١٨١ – ١٨٢).

غالبا ما تكون الافكار الخاطئة لها تاثير متزايد فنجد ان الفكرة الخاطئة ربما تستدعي فكرة اخرى واذا استمرت تلك العملية دون ان يتم ايقافها قد تجد المريض غير قادر على الاستجابة لهذه الافكار بشكل مؤثر وذلك ببساطة بسبب ان ظهور تلك الافكار الخاطئة اسرع من قدرة المريض على اظهار استجابات تجاه تلك الافكار وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد ان الحل هو ان يتعلم المريض كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الافكار حتى يستطيع ان يتعامل معها بشكل اكثر فاعلية وهذه العملية وقف تدفق الافكار الخاطئة عملية بسيطة الى حد ما حيث ان المريض يقوم ببساطة بايقاف هذا التيار من الافكار بواسطة منبه مفاجئ سواء كان هذا المنبه حقيقي ام خيالي ثم يعد ذلك يتحول الى افكار اخرى قبل ان يعود هذا التيار من الافكار مره اخرى وذلك بسبب النصيحة التي يتم توجيهها للمريض بشكل متكرر وهي لا تقلق بشأن ذلك وبسبب عدم قدرته على ذلك نجد الشرح البسيط لهذا الاسلوب للمريض غير مؤثر بشكل كافي ولا يتمتع بالمصداقية حيث ان هذا الاسلوب يكون اكثر فاعلية عندما يتم عرضه على المريض بشكل منفصل وبعد ان يجد المريض ان هذا الاسلوب له تاثير نجد ان توضيح الاسلوب في هذا الوقت يتمتع بالمصداقية وان المريض يستطيع ان يتعلم استخدام منبه اكثر مرونه مثل تخيل النداء بصوت عالي قائلا قف او عض قطعة قماش موضوعه حول معصم يده ويكون استخدام اسلوب ايقاف الفكرة اسهل بكثير في بداية تواتر هذه الافكار كما يرى المرضى غالبا انهم ربما يحتاجون الر ربط هذا الاسلوب بالاساليب الاخرى (احمد ضيف . ٢٠٠٥ : ١١٦ – ١١٧).

(٣) فنية حل المشكلات :

هي احدى فنيات تعديل الســلوك المعرفي وفيها يتدرب المريض على تنمية مهارات التفكير لديه من خلال تامله في الحلول البديلة الممكنة لمشكلة ما تواجهه قبل ان يسارع في اختيار احداهما.

ويحدد ديزوريلا وجولد فرايد D'zurilla & Gold fried خمس مراحل متداخلة لعمليات حل المشكلة تتلخص في الاتي :

- توجه عام او توجه عقلي نحو المشكلة
- تعريف وصياغة المشكلة
- توليد بدائل الحلول
- اتخاذ القرار حول أي البدائل تختار
- التحقق من القرار او الحل

ويتضمن التدريب على حل المشكلات تعليم العميل هذه المهارات الاساسية وتوجيه تطبيقاته لها في المواقف الواقعية ومن الواضح ان هذه الاساليب تاخذ شكل التفكير الابداعي الذي يعتمد على التدريب على المرونة . تنمية القدرة على استكشاف البدائل المختلفة والحلول المتنوعة للموقف الواحد ويذكر ديزوريلا وتيزو ان أي نظرية في حل المشــكلات الاجتماعي يتعين ان تحدد بوضــوح ثلاث مفاهيم رئيسية هي الاتي :

أ) عملية حل المشكلة :

ويمكن تحديد هذا المفهوم باعتباره العمليات المعرفية الموجهة ذاتيا والتي حاول الفرد من خلالها تحديد او اكتشــاف الحلول التوافقية الفعالة لمشــكلات نوعية من تلك التي يواجهها في حياته اليومية وحيث يتضمن هذا التعريف كون حل المشكلات جهدا واعيا وعقلانيا ونشاطا غرضيا.

ب) المشكلة او الموقف المشكل :

ويقصــد بها تعرف أي موقف حياتي او مهام حالية او متوقعة تتطلب اســتجابة توافقية في الوقت الذي لا تكون فيه ايه اســتجابة فورية فعالة واضــحة او متاحة في الموقف بالنســبة للشــخص نتيجة لضــغوط بعض المعوقات وقد تنشــأ متطلبات الموقف المشــكل من الموقف او البيئة او من داخل الشخص.

ج) الحل :

هو اســتجابة تغلب في موقف نوعي او هو نمط اســتجابة معرفي او ســلوكي يكون نتاجا لعمليات حل المشـكلات عندما تطبق على مشـكلات موقفية معينة والحل الفعال هو ذلك الحل الذي يحقق اهداف حل المشكلات أي يغير الموقف او يغير من استجابات الشخص الانفعالية له بحيث لا يستمر في النظر الى الموقف باعتباره موقفا مشكلا (صفوت فرج . ٢٠٠٨ : ٣٠٦ – ٣٠٨).

٤– فنية المراقبة الذاتية: (Self Observation):

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة او نماذج معدة مسبقا من المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المريض ويحرص المعالج على البدء في اســتخدام المراقبة الذاتية باســرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له باعداد صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية وبالاضــافة الى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب الى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض وتقدم ادلة تحد من ميل المريض الى تذكر فشله بدلا من تذكر نجاحاته.

تهدف المراقبة الذاتية إلي التعرف علي عادات الأكل وتذبذب الوزن والأفكار والإتجهات المختلفة وظيفياً التي ترتبط بحجم المشكلة وشكلها ويعمل المريض من خلال المراقبة الذاتية علي تحديد ما لديه من أحاديث سلبية ذاتية كما يركز علي أفكاره ومشاعره وردود أفعالة الفسيولوجية، وما يتصل بعلاقات الشخصية من سلوكيات (عادل عبد الله، ٢٠٠٠:٣١٦).

٥) فنية الحديث الذاتي :

ويكون الحوار الذاتي عن الافكار الاساسية في النظرية المعرفية فالانسان يسلك بحسب ما يفكر وفي ميدان ممارســة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الاشـخاص على تعديل مســتوى افكارهم التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة . ان الحوار مع النفس عند أي نشــاط معين من شانه ان ينبه الفرد الى تاثير افكاره السلبية على سلوكه وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو الســبب في تفاعله المضـــطرب ولهذا يعتمد المعالج المعرفي الســلوكي على محاولة تحديد مضـــمون مثل الحديث والعمل على تعديله كخطوة اساسية في مساعدة الفرة على التغلب على اضطرابه خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب.

٦) اساليب التشتت واعادة التركيز :

تســتخدم في بداية العلاج بحيث تســاعد الفرد على طرد الافكار الذاتية الســلبية التي تعمل على تفاقم المشـاعر التلقائية الاكتئابية يكون ذلك مفيدا في الفترة الاولى التي لم يصـبح فيها المريض يعد جاهزا لتحدي تلك الافكار ومن اساليب التشتت ان يركز المريض على شئ خارجي وبصفة لذاته او ان يركز على احساسات جسدية داخلية او عمل تدريبات عقلية كالعد للخلف او استعادة ذكريات وخيالات مفرحة او القيام بنشاطات تعمل على امتصاص الانفعال ويجب ان يكون المعالج حذرا عند اقتراح طرق التشتيت حيث ان بعض المرضى قد يستخدمونها كطريقة لتجنب المشكلات المؤلمة فيما يعرف بالتجنب المعرفي

٧) فنية الوعي الانتقائي بالأفكار السلبية:

تتسـم الافكار الذاتية بانها سـريعة الظهور لا تبدو وكانها منطقية ولكنها مقنعة جدا بالنسـبة للمريض وانها ذات محتوى معرفي ســـلبي عن الذات او العالم او المســـتقبل وتعد الافكار الذاتية والمعتقدات هي لب الموضوع الذي يدور حوله هذا الجانب في :

- التعرف على طبيعة الرابطة بين التفكير والانفعال
- التعرف على طبيعة الافكار الذاتية
- الامساك بالافكار الذاتية السلبية وتحديدها
- فحص الافكار الذاتية لتحديد مدى دقتها وفائدتها
- التعرف على ما قد يكون قد حدث من اخطاء معرفية وتشويه معرفي للموقف

وفي ســـبيل تحقيق تلك الاهداف العلاجية يســـتخدم المعالج المعرفي طرقا كثيرة معرفية. معرفية سلوكية ومن عناصـر بناء الجلسـة هو تعريف المريض بالنموذج المعرفي يتضـمن ذلك تقديم معلومات للمريض حول النوذج وحول طبيعة العلاقة بين الاضـطرابات الانفعالي وطرق التفكير لدى الافراد من خلال هذا يتم توضـــيح كيف ان الطريق التي يفســـر بها الافراد الاحداث والمواقف التي يمرون بها وخبراتهم الحياتية تؤثر فيما يشـعرون به من سـرور او ضـيق والمعالج يوضـح للمريض كيف ان اعراض الاضـــطراب عنده تســـير في دائرة مفرغة تعمل على اســـتمرار وتفاقم الاعراض ويوضـــح له اســـتراتيجية الخروج من تلك الدائرة كثيرا من العمل على تحديد وتعديل الافكار الذاتية السـلبية يتم من خلال اسـتخدام اداة التسـجيل اليومي للافكار المضـطربة حيث يطلب من المريض مراقبة ذاته وفي كل مره يلاحظ فيها ان تغيرا مزاجيا حدث له عادة تغير في الاتجاه الســـلبي على المريض محاولة ان يسـتعيد الافكار التي تظهر فور ظهور تلك المشـاعر السـلبية فهو يقوم بتسـجيل الموقف الموضـوعي والافكار التي دارت بذهنه والمشـاعر التي ادت اليها تلك الافكار ففي البداية يتم تعليم المريض كيف يستخدم جدول التسجيل اليومي للافكار المضطربة.

من المهم في هذه المرحلة ان يتدرب المريض على التفرقة بين الانفعالات والمشاعر والافكار وعلى المعالج التعامل مع بعض المشكلات المتعلقة بتحديد الافكار الذاتية السلبية وهي :

- صعوبة التمييز بين المشاعر والافكار والانفعالات
- تجنب المريض تسجيل الافكار الذاتية لتجنب الضيق
- عدم القدرة على الامساك بالفكرة الذاتية السلبية
- فقدان جوهر الافكار الذاتية السلبية فهناك الافكار الذاتية الطرفية

والفكرة الذاتية الجوهرة التي قد يصعب على المريض تحديها بنفسه وبمجرد ان يكون المريض قادرا على ذكر المواقف والافكار وردود الافعال الانفعالية يفضـــل ان يحدث ذلك وقت وقوع الحدث وان يتم ذلك على الورق فان تدخلا علاجيا يمكن ان يبدا في النموذج المخصـص للتسـجيل اليومي للافكار المضطربة هناك مكان مخصص لتسجيل الموقف المعين والانفعالات المصاحبة مع تقدير شدة تلك الانفعالات على متصل يتراوح من صفر الى ١٠٠ ويختص العمود الثالث بتسجيل الافكار الذاتي السلبية المرتبطة بالموقف ويقوم المريض ايضا بتقدير مدى اعتقاده في حصة تلك الافكار على مقياس مئوي من صفر إلى ١٠٠ % ويختص العمود الرابع في نموذج التسجيل اليومي للافكار المضطربة بمحاولة ايجاد استجابات بديلة للموقف وبرغم ان عمود الاستجابة البديلة يدعى احيانا الاستجابات المنطقية فهذا لا يعني بالضرورة ان اعتقادات المريض الاصلية تكون دائما غير منطقية او غير صحيحة ان القول بان كثيرا من الجهد في العلاج المعرفي يتضمن القيام بايجاد استجابات منطثية للافكار الذاتية هو وصف تقريبي لما يحدث في العلاج المعرفي وبمزيد من الدقة يمكن القول بانه يتضمن فحص الاستنتاجات التي ياتي بها المريض عندا يكون في حالة ضيق انفعالي والتي قد تكون سببا لهذا الضيق وبذلك فان ايا ما كان المصطلح المستخدم لوصف الاستجابة للافكار الذاتية بانها منطقية او تكيفية او بديلة او أي اسم اخر فان التدخل العلاجي يركز على مساعدة المريض في تعلم فحص ودراسة استنتاجاته (مجدى الدسوقى . ٢٠٠٦ : ١٩٩ – ٢٠٢).

٨) ملئ الفراغ :

يتضح عند تناول المريض للحدث او الموقف وردود الفعل الصادرة عنه تجاه هذا الحدث او ذلك الموقف ان هناك فجوة توجد بين المثير والاستجابة وتتمثل هذه الفجوة في الافكار ويمكن ان يقوم المعالج يملئها من خلال تعليم المريض ان يركز على تلك الافكار التي تحدث اثناء معايشة المثير والاستجابة (عادل عبد الله . ٢٠٠٠ : ٧٠).

فعندما يذكر المريض احيانا عدد من المواقف التي احس فيها بالكدر والضيق الذي لا يوجد له مبرر ففي هذه الحالة تكون هناك دائما فجوة ما بين المؤثر او المثير والاستجابة الانفعالية.

وقد يكون باستطاعة المريض ان يفهم سر كدره الانفعالي اذا امكنه ان يتذكر ويسترجع الافكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة (ارون بيك . ٢٠٠٠ : ١٩٢).

٩) فنية الاسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه :

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية يسترك فيها المعالج والمريض في وضع اهداف العلاج وجدول اعمال كل جلسة وجمع الادلة المنظمة لصالح او ضد اعتقادات المريض بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الاسئلة السوقراطية نسبة الى سقراط من قبل المعالج بدلا من التحدي المباشر لافكار المريض واعتقاداته الى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الاخرى ويبدا المعالج باستخدام الاسئلة السوقراطية مع بداية العلاج ويستمر في ذلك طيلة الجلسات العلاجية حتى نهاية العلاج والى جانب هذه الفنية الاساسية يطرح المعالج اسئلة مباشرة لجمع معلومات حول تكرار وشدة ومدة المشكلة وتدخلات اخرى مثل العكس والايضاح والتغذية الراجعة وتنظيف المريض حول النموذج المعرفي ويحول ما يفيد في التغلب على مشكلته ثم يبدا او يعود الى استخدام الاسئلة السموقراطية وتستخدم الاسئلة السوقراطية باسلوبيين مختلفين تبعا لظروف المريض وظروف المعالج.

ففي الاسلوب الاول :

يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المريض مباشرة كان يشير الى عدم التناسق ووجود اخطاء في التفكير ويسأل المريض عن مدى موافقته وفهمه لذلك.

اما في الاسلوب الثاني :

فيكون الهدف من الاسئلة اليوقراطية.

- توجيه المريض الى تفحص جوانب وضعها (المريض) خارج نطاق الفحص والتدقيق.
- مساعدة المريض في اكتشاف خيارات وحلول ثم ياخذها بعين الاعتبار من قبل.
- تعويد المريض على التروي والتفكير وطرح الاسئلة (على نفسه) في مقابل الامدفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وافكاره المختلفة بموضوعية.

ويعتبر الاسلوب الاول اقل فائدة من الاسلوب الثاني لان فيه انتهاك لقاعدة التجريبية التعاونية التي تعتبر من اساسيات العلاج المعرفي السلوكي ولكن قد يضطر المعالج الى استخدامه (والاستفادة منه) اذ لاحظ ان الاسئلة السوقراطية التي ترمة الى ان يكتشف المريض بنفسه (الاكتشاف الموجه) المعلومات الغائبة عنه في الوقت الراهن ومن ثم يتفحص اعتقاداته في ضوء ما تم اكتشافه تحدث الاسئلة ارباك المريض (ناصر المحارب، ٢٠٠٠ : ١٣٢).

ثانياً : الفنيات السلوكية :

(١) فنية التخيل : Imagine Technique:

عندما لا يستطيع المعالج استخدام الاسئلة البسيطة المباشرة لاثارة الافكار التلقائية فمن الممكن ان يطلب من المريض تخيل الموقف ويستطيع المعالج استخدام التعليمات التالية لمساعدة المريض على تخيل خبرة انفعالية مرت عليه :

يبدو انك تجد صعوبه في تذكر ما حدث لك وفي تذكر الافكار التي كانت تدور في ذهنك انذاك وقد وجدت مثل ذلك ان من المفيد احيانا ان يقوم الناس بتصور انفسهم باكبر قدر من الوضوح عندما تقوم بعرض فيلم ما واقبل ان تبدا بذلك اود اولا ان اعطيك تمرين بسيط يساعدك على التخيل الواضح (يطلب المعالج من المريض ان يتخيل شئ محايد . تفاحة او وردة) ويطلب منه ان يعطي اشارة معينة عندما يتخيل ما هو بصدد تخيل بوضوح ثم لعد ذلك يتاكد من ان الشخص يرى الشئ فعلا ام لا باستخدام بعض االسئلة مثل هل الاوراق ملتفة ؟ والان بعد ان تدربت على التخيل اود منك ان تتخيل نفسك في الموقف الذى تتحدث عنه وخصوصا اللحظة التي لاحظت فيها انك بدات تحس بالقلق وعندما تتخيل ذلك صف لي باختتصار ما ترى (المريض يصف المنظر) الآن استمر في التخيل ببطء ولاحظ استمرار ما يحدث وكيف تشعر وما الذي يجول في ذهنك وماذا ترى الان ؟ فيما كنت تفكر في اللحظة التي شعرت فيها فجاءة بتزايد القلق لديك ولكن عندما يكون الموقف عبارة عن علاقة بين شخصية (كمجابهة مع شخص ما في العمل ؟) ففي الغالب يكون لعب الادوار اكثر فائدة من التخيل بعد الحصول على وصف واف لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف يقوم المعالج يلعب دور ذلك الشخص بينما يقوم المريض بدوره هو (ناصر المحارب . ٢٠٠٠ : ١١٢ . ١١٨).

٢) فنية التدريب على الاسترخاء :

يعتبر عالم النفس الامريكي جاكويسن Jacobsen من اوائل العلماء الذين بحثوا على تدريبات الاسترخاء وتطبيقاته في مجال العلاج النفسي وقد توصل الى ان حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة وتقوم الفكرة الاساسية لفنية الاسترخاء على الجسم في حالة القلق والاتفعلات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الانسان في حالة القلق واذا تم ايقاف او تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الانسان الى حالة من الاسترخاء فان التوتر النفسي لا يمكن ان يستمر على نفس الوضع انما يتحول في حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الانسان وبذلك لا يكون الانسان متوترا جسميا ومسترخيا نفسيا في ان واحد (على سيد ، محمد محمود . ٢٠١١ : ٢٢٤).

يعرف الاسترخاء بالمعني العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، فالاسترخاء شيء ضروري، ومهارة الاسترخاء يمكن اكتسابها وتعليمها شأنها في ذلك شأن تعلم أي مهارة أخري، وقد ابتكر جاكوبسون " أسلوب الاسترخاء التصاعدي موضحاً أنه يؤدي إلي فوائد علاجية ملموسة بين المرضي القلة، وتعتبر الأساليب الحديثة من أشهر الأساليب العلاج السلوكي (عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٣ : ٥٧٠).

ومن خلال ممارسة الفرد للاسترخاء يمكن خفض التوتر والتعامل الصحيح مع الضغوط في كثير من مواقف الحياة اليومية التي تسبب للانسان التوتر بل ان ذلك يمنعه من القيام بافعال غير محمودة العواقب وقد اكد كلا من " Ror " . " Richard " . " Humphery " على ان اللجوء الى تدريبات الاسترخاء يعمل على خفض التوتر عن الافراد خاصة الذين يتصفون بانهم سريعوا الاستثارة سواء كانت الاستثارة نتيجة تصرفات الاخرين او نتيجة مواقف الحياة اليومية وفي هذه الحالة يكون امام الانسان المتدرب على فنيةالاسترخاء فرصة كبيرة لضبط حالته البدنية والانفعالية ومن ثم التحكم في التوتر الناتج عن هذه المواقف وتجنب اتخاذ القرارات الناتجة عن التوتر او غير المرغوبة (الرشيدي والسهل . ٢٠٠٠ : ٤٠٣ – ٥٠٣) .

٣) فنية النمذجة والتدريب على المهارات :

نظرا لان الافراد لا يتعلمون من خلال مرورهم ببعض الخبرات فقط وانما من خلال ملاحظاتهم لسلوك الاخرين . فان بعض المعالجون المعرفيون السلوكيون يعنمدون على اسلوب النمذجة ومن خلال اسلوب النمذجة بالمشاركة والذي يعد اكثر فاعلية من النمذجة الفردية حيث يحاول الطبيب المعالج نمذجة السلوك المرغوب فيه امام المريض ثم يحاول ان يشجعه بشكل تدريجي على المشاركة معه ولقد اوضح باندورا وزملائه ١٩٦٩ مدى تأثير ذلك الاسلوب لدى المرضى المصابون بالمخاوف المرضية تجاه الثعابين وفي هذا السلوب يقوم المعالج اولا بحمل الثعبان دون ابداء أي مشاعر خوف او قلق امام المريض ويعد ذلك يحاول تشجيع المريض على حمل الثعبان ومن خلال مشاهدة الطبيب المعالج تقل مشاعر الخوف لدى المريض تدريجيا وهو ما يساعده على الاقتراب من المثير الذي يسبب له الخوف حيث انه يشعر بمقدرته على فعل ذلك الشئ دون خوف وعلى الصعيد الاخر يحذر باندورا من ان هذا الاسلوب لا يعتبر ذا فاعليه كبيرة عند محاولة بعض المرضى المصابون بعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي ومن ثم يمكن الاعتماد في هذه الحالة على اسلوب التدريب على المهارات والذي يعني القيام بتدريب المريض على بعض انماط السلوك المرغوب وذلك حتى يمكن تحقيق الاهداف الموجودة من العلاج حيث ان المهارات تعد من انماط المعرفة التي يقوم الفرد بتنفيذها تلقائيا ومن ثم فان اكتساب احد المهاارات الجديدة يتطلب ان يركز الفرد على انماط الادراك الشعوري التي تساعده على اكتساب تلك المهارة لتصبح جزءا من نظام حياته اليومي.

٤) فنية الواجب المنزلي :

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي اذ انها الفنية الوحيدة التي يبدا ويختتم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية وتساهم في تحديد درجة التعاون والالفة القائمة بين المعالج والعميل وذلك يؤثر في طريقه اداء العميل في كل خطوات او مهام البرنامج العلاجي ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف العميل بعمل الواجبات المنزلية ويقدم لك واجب منزلي على انه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثا وتاخذ الواجبات المنزلية عدة اشكال فيطلب المعالج من المريض تشجيل الافكار الالية والاتجاهات المختلة وظيفيا او اجراء تجربة سلوكية او معرفية لها اهداف محددة ومتعلقة بمشكلته(علي سيد، محمد محمود ، ٢٠١١ : ٢٢٩) .

ومن الجدير بالذكر ان كلا من المعالج والمريض يعملان معا اثناء العملية العلاجية على تحديد تلك الواجبات التي يمكن ان يؤديها المريض بين الجلسات والتي تتم في المنزل وتعمل على تعزيز ما تم تعلمه والتدريب عليه خلال جلسات العلاج وقد يتضمن الواجب المنزلي في الجلسات الاولى من البرنامح الابقاء على قيام المريض واستمراره في التسجيلات اليومية للوجدان والسلوك والافكار المختلة وظيفيا والتي يمكن ان تتم باكثر من طريقة واحدة من بينها كتابة المذكرات اليومية وتدوينها بشكل مستمر ومتناسق يتم الاتفاق عليه مع المعالج ومن خلال العلاقة التعاونية التي يركز عليها هذا الاسلوب العلاجي تاخذ الواجبات المنزلية شكل التجارب السلوكية التي يتم القيام بها حتى يتسنى التحقق من صحة افكار المريض واعتقاداته وافتراضاته وصدقها ومع التدريب على كل مهارة جديدة اثناء العلاج كالتوكيدية مثلا (التدريب على السلوك التوكيدي) يتضمن الواجب المنزلي تطبيق تلك المهارة على مواقف حياتية واقعية مع تنويع هذه المواقف وبالتالي يمثل استخدام تلك الواجبات المنزلية مكونا متكاملا في هذا الاسلوب العلاجي كما له اهميته ودوره الفغال في حدوث التغير العلاجي وحتى تحدث الاستفادة الكاملة من تلك الواجبات ويتحقق الهدف من استخدامها يجب ان يقوم المعالج بمراجعة تلك الواجبات خلال عشر دقائق في بداية الجلسة العلاجية التالية مما يتيح الفرصة كي يتعرف على كيفية الاداء فيها ويكتشف ما فد يحدث خلالها من اخطاء ويعمل على تصويبها ويتأكد من ان اداء المريض فيها قد كان بالشكل المطلوب مما يساعد على حدوث تقدم ملحوظ في العلاج وبالنالي تحقيق نتائج افضل (عادل عبد الله . ٢٠٠٠ : ١٧٩ – ١٨٠) .

٥) فنية لعب الدور :

يمكن استخدامه لخدمة مدى واسع من الاغراض فقد تستخدم لاكتشاف الافكار الذاتية لتنمية اكثر عقلانية او لتعديل معتقدات جوهرية او معتقدات وسيطة كما انه مفيد في تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية ويتضمن لعب الدور قيام المعالج او المريض او كلاهما بتقمص دور و يتفاعلوا معا وفقا لهذا الدور وتدريبات توكيد الذات ولعبة الدور يمكن توظيفها بفاعلية في علاج المرضى المكتئبين فبالاضافة الى الاساليب الاخرى التي يركز فيها المعالج على محاولات توضيح المعارف المتداخلة مع السلوكيات والافكار الهادمة للذات فان لعب الدور يمكن ان يستخدم ايضا في ان يثبت للمريض وجود وجهات نظر اخرى بديلة للموقف وقب لان يقوم المعالج بتعليم المريض أي مهارات اضافية مثل توكيد الذات من خلال لعب الدور يجب ان يقوم المعالج اولا بتقييم مستوى المهارات الموجودة بالفعل لدى المريض فكثير من المرضى يعرفون بدقو ما يجب فعله او قوله لكنهم لديهم صعوبه في استخدام هذه المعرفة بسبب الافتراضات الضمنية المضطربة (زيزي السيد . ٢٠٠٦ : ١٩٧ – ١٩٨).

٦) فنية التعريض :

لقد طور ماركس هذا الاسلوب في الستينيات من القرن الماضي بوصفه اسلوبا علاجيا يهدف الى خفض القلق وان كانت له جذوره المبكرة في التجارب المعملية عند ولبي Wolpe حوالي منتصف القرن الماضي ويتجه العلاج في هذا الاسلوب الى تنمية اعتياد المريض على المنبه الشرطي المثير للقلق نتيجة للتعرض المستمر او التدريجي له كما يساعد الاسترخاء العضلي وهو خبرة فسيولوجية يدرب عليها المريض من خلال برنامج نظامي إلى كف القلق ومن ثم يؤدي التعرض التالي لمنبهات ضعيفة في اثارتها للقلق لعدد قليل من الثواني لانخفاض ملحوظ في مقدار القلق وبتكرار التعرض يفقد المنبه تدريجيا قدرته على اثارة القلق يلي ذلك تقديم المنبهات الاقوى في اثارتها للقلق مع تكرار الخطوات نفسها (صفوت فرج . ٢٠٠٨ : ٣٠٠).

مراجع الفصل الأول

١- آمال عبد الســميع باظه (١٩٩٩): **بحوث وقراءات في الصــحة النفســية**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٢): **الصحة النفسية والعلاج النفسى** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- آمال عبدالسميع باظة (٢٠١٢). **جودة الحياة النفسية** ، القاهرة: مكتبة الأنجلو.

٤- ابن منظور (٢٠٠٣): **لسان العرب** – القاهرة دار المعارف ج ٤.

٥- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠١٢) : **علم النفس الإرشادى**. عمان . دار الميسرة للنشر . ط٢ .

٦- أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٠): **علم النفس الفسيولوجي** ، ط٩، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

٧- احمد فهمي عكاشة (٢٠٠٣) : **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة ، الانجلو المصرية.

٨- احمد محمد الزغبي (٢٠٠٢) : **الامراض النفسية والمشكلات الدراسية عند الأطفال** ، عمان ، الأردن ، دار زهران.

٩- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٣). **أصــول الصــحة النفســية** . الإســكندرية : دار المعرفة الجامعية.

١٠- أرون بيك (٢٠٠١) : **العلاج المعرفي والاضــطرابات الانفعالية** ، ترجمة : عادل مصــطفى، القاهرة، دار الافاق العربية.

١١- ألفت حقى (١٩٩٣). **الاضـطراب النفسـى** – علم النفس الإكلينيكى . الأسكندرية : دار الفكر الجامعى .

١٢- بطرس حافظ بطرس (٢٠١٠) : **المشكلات النفسية وعلاجها** – القاهرة ، دار الميسرة للنشر ط٢

١٣- بهاء الدين الخضـير ، خوله عبد الوهاب القيسـى (١٩٩٥): **الضـغوط النفسـية التي يتعرض لها الطلبة الجامعيون بســبب الحصـــار المفروض على العراق**، مركز البحوث النفسية والتربوية.

١٤- بهير كامل احمد (١٩٩٩) : **الصــحة النفســية والتوافق** (الإســكندرية ، مركز الإســكندرية للكتاب).

١٥- جمال الشـــمرلي (٢٠٠٨): **اضـــطرابات النوم وكيفية التعامل معها** ، مجلة الطب والعلوم ، الحوار المتمدن ، العدد (٢)، (ص ١٠: ٣٣).

١٦- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠). **الأضطرابات السلوكية وعلاجها** . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٧- جمعه سيد يوسف (٢٠٠٧): **إدارة الضغوط** ، القاهرة ، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية كلية الهندسة جامعة القاهرة.

١٨- جيهان عثمان محمود (١٩٩٦) : **فاعلية برنامج ارشـادي مقترح لخفض الضـغوط النفسـية لذوي الأطفال المعاقين عقليا** ، رسـالة ماجسـتير (غير منشـورة) ، كلية التربية ، جامعة الإسكندرية.

١٩- جيهان علي السيد سويد (٢٠٠٣) : **الضـغوط النفسـية وعلاقتها باسـاليب التعلم والتحصـيل الدراســي** لدى طلاب جامعة المنوفية، رســالة ماجســتير ، كلية التربية ، جامعة المنوفية

٢٠- حامد احمد ضيف (٢٠٠٥) : **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق** ، رسالة دكتوراه كلية التربية – جامعة عين شمس.

٢١- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠١) : **الصحة النفيسة والعلاج النفسي** ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط٣.

٢٢- حسـن مصـطفى عبد المعطى (١٩٩٨). **علم النفس الإكلينيكى** . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

٢٣- حســن مصــطفى عبد المعطى (٢٠٠١): **الأضــطرابات النفســية فى الطفولة والمراهقة** ، الأسباب – التشخيص – العلاج ، القاهرة ، دار القاهرة .

٢٤- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٣): **الأضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة موسوعة علم النفس العيادى** ، القاهرة ، مكتبة القاهرة للكتاب .

٢٥- حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٦) : **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها** ، القاهرة ، مكتبة الزهراء الشرق.

٢٦- حمدى على الفرماوى ، رضـا عبد الله (٢٠٠٩): **الضـغوط النفسـية فى مجال العمل والحياة فى سبل التنمية البشرية** . عمان . دار صفاء للنشر والتوزيع.

٢٧- ديفيد فونتانا (١٩٩٤) : **الضــغوط النفســية تغلب عليها وابدأ الحياة** – ترجمة حمدى على الفرماوى ورضا عبد الله أبو سريع . القاهرة . الأنجلو المصرية

٢٨- راشد على السهل (٢٠٠١). **فاعلية الإرشاد السلوكى "الجماعى – الدينى" فى خفض مشكلة الأرق لدى طلاب الجامعة**، المجلة التربوية ، مج ١٦، ع٦١.

٢٩-رشاد موسي رشاد (٢٠١٣): **علم النفس العلاجي** ، القاهرة :عالم الكتب.

٣٠-رشدى حازم منصور (٢٠٠٠): **علم النفس العلاجى والوقائي** ،رحيق السنين ، القاهرة، الانجلو المصرية.

٣١-زكريا لطفى الشربيني (٢٠٠٨): **المشكلات النفسية عند الأطفال**، القاهرة ، دار الفكر العربي ط٢.

٣٢-زيزي السيد إبراهيم (٢٠٠٦) : **العلاج المعرفي للاكتئاب** ، القاهرة ، دار الغريب.

٣٣-سامى عبد القوى (١٩٩١) : **علم النفس الفسيولوجى** ، ط٢ ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٣٤-سهير كامل احمد (١٩٩٩): **التوجيه والإرشاد النفسي** ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

٣٥-صفوت فرج (٢٠٠٨): **علم النفس الاكلينيكي** ، القاهرة ، الانجلو المصرية.

٣٦- عادل صادق (٢٠٠٥): **في بيتنا مريض نفسي** ، القاهرة ، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

٣٧- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥): **العلاج السلوكي المعرفي أسسه وتطبيقاته**، القاهرة: دار الرشاد.

٣٨- عادل عز الدين الاستول (٢٠١٠) : **الارشاد النفسي** ، القاهرة ، الطبري.

٣٩- عبد الحكيم العفيفي (٢٠٠٠): **الاحلام والكوابيس** ، القاهرة ، الدار المصرية اللبنانية ط٢.

٤٠- عبد الرحمن العيسوي (٢٠٠١) : **العلاج النفسي** ، القاهرة ، دار اتوت للنشر.

٤١- عبد الرحمن سليمان الطويري (١٩٩٤): **الضغط النفسي** ، مفهومه وشخصية ، طرق علاجه ، ومقاومته ، بدون دار نشر.

٤٢- عبد الرحمن محمد العيسوي (٢٠٠٩): **الصحة النفسية وضغوط العصر** – القاهرة – دار طيبة للنشر والتوزيع.

٤٣- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣):"**العلاج السلوكي للطفل أساليب ونماذج من تطبيقاته** ، العدد (١٨٠)، الكويت : عالم المعارف.

٤٤- عبد الستار إبراهيم (٢٠١١) : **العلاج النفسي السلوكي المعرفى الحديث**، أساليب وميادين تطبيقه ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٤٥- عبد الستار إبراهيم (٢٠١١) : **عين العقل** ، دليل المعالج النفسي للعلاج المعرفي الإيجابي – القاهرة ، الانجلو المصرية.

٤٦- عبد العزيز عبد المجيد محمد (٢٠٠٥): **سيكولوجيا مواجهة الضغوط فى المجال الرياضى** ، القاهرة – مركز الكتاب للنشر.

٤٧- عبد الله عسكر (٢٠٠١): **مدخل إلي التحليل النفسي** ،ط٢ ،القاهرة :الأنجلو المصرية.

٤٨- عبد الله عسكر (٢٠٠٥). **الإضطرابات النفسية للأطفال** . القاهرة . الأنجلوالمصرية . ط١.

٤٩- عبد المنعم الحفني (١٩٩٢). **موسوعة الطب النفسي** ، القاهرة: دار الرشاد.

٥٠- العجم الوجيز (٢٠٠٠): **معجم اللغة العربية.**

٥١- عصـــام عبد اللطيف العقاد (١٩٩٧): **أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض العدوانية لدي المراهقين** ، رسالة دكتوراه ،كلية التربية ، جامعة الزقازيق: .

٥٢- علي احمد سيد ، محمد محمود محمد (٢٠١١) : **العلاج النفسي السلوكي** ، المعرفي الحديث ، الرياض ، دار الزهراء.

٥٣- علي كمال (١٩٨٩): **أبواب العقل الموصـدة** " **باب النوم والحلم** "، ط١، بيروت: دار الجيل للطباعة.

٥٤- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩). **علم الصـــحة النفســـية** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٥٥- فاروق السيد عثمان (٢٠٠١). **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، القاهرة، دار الفكر العربى.

٥٦- فوقية حسن رضوان (٢٠٠٣). **الاضطرابات النفسية (تشخيص – وعلاج)** ، القاهرة ، دار الكتاب الحديثة.

٥٧- كمال دسوقي (١٩٩٠): **زخيرة علم النفس** ، القاهرة ، وكالة اهرام للنشر المحلي الثاني.

٥٨- لويس كامل مليكه (١٩٩٤): **العلاج السـلوكي وتعديل السـلوك**، القاهرة، الانجلو المصـرية، ط٢.

٥٩- ليندسلى ، جاهتشاهى (٢٠٠٠). **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين.** ترجمة صفوت فرج . القاهرة . مكتبة الإنجلو المصرية .

٦٠- مايسة محمد شكرى (٢٠٠١) : **المدخل إلى علم النفس** : القاهرة ، دار الفتح للنشر والطباعة .

٦١- مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦) ، **سلسلة الاضطرابات النفسية** ، اضطرابات النوم ، مكتبة الانجلو ، القاهرة.

٦٢- محمد أحمد سعفان (٢٠١٣): **١٠٠مشكلة نفسية**، القاهرة : دار الكتب الحديث.
٦٣- محمد السـيد عبد الرحمن (٢٠٠٤): **علم النفس الاجتماعي المعاصـر** ، مدخل معرفي، القاهرة ، دار الفكر العربي.
٦٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٦) : **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية** ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.
٦٥- محمد حسن غانم (٢٠١٢) : **الاضطرابات النفسجسمية** ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة.
٦٦- محمد محروس الشادي، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٤): **المساندة الاجتماعية والصحة النفسية**، مراجعة نظرية في دراسات تتطبيقه، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
٦٧- محمد محروس الشناوي (١٩٩٦) : **نظريات الارشاد والعلاج النفسي** ، القاهرة ، دار غريب.
٦٨- محمد محمد عمارة (٢٠١٢): **برامج علاجية لخفض مستوي السلوك العدواني لدي المراهقين** ، الطبعة الثانية، كلية التربية ، جامعة سرت ، المكتب الجامعي الحديث .
٦٩- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨). **النفس أسرارها وأمراضها** ، ط٣. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
٧٠- محمود عبد الرحمن حمودة (٢٠١١) : **الطب النفسي – العلاج النفسي** ، القاهرة ،.
٧١- ممدوحه محمد سلامه (٢٠٠٠): **مقدمة عن علم النفس** (القاهرة ، دار النصر للتوزيع والنشر.
٧٢- موسى الخطيب (٢٠٠٨): **مشكلات الأطفال السلوكية والنفسية**، القاهرة، المكتب العربي للمعارف.
٧٣- ناصر إبراهيم المحارب (٢٠٠٠): **المرشد في العلاج الاشرافي السلوكي**، الرياض، دار الزهراء.
٧٤- ناهد محمود عمر (٢٠٠٣) : **العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني** ، القاهرة ، مركز دلتا ، ط١.

151- Abouserie te Rodo (1995) *Sources to Levels of stress in relation to locus control and self estmeem in university students educational psychology – v – it – N3 P323-330.*
152- Alford , B.A. Beck . At (1997) *the integration power of congnitive tharapy , newyourk , Guilford press.*
153- Alloy , L,B : Acocella . j.Bootzin , R.R (199٩) *Abnormal Physcholo , vol 99 – No1 – PP 55 – 63.*
154- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statiytical Manual of Mental Disorders. (5thed..adieion Revision). Washington , D.C; APA.*
155- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statiytical Manual of Mental Disorders. (4thed..Text Revision). Washington , D.C; APA.*
156- American psychotic socialtion (2000) *Diagno stic and Astatinticab manual of mental sinande 45th – ed Washington Dc..*
157- Barkash, (2007). Limitation of cognitive-behavioral therapy for sleep disorders among adult, Clinical services for, depart mint of psychiatry –, India English Journal for psychiatry spt, (191).
158- Barlow ،David H. (November 2002). "Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory". American Psychologist: 1247–63.
159- Baxter lisa , assessment of stress in physican assistant students (journal of instraction psychology , 2005).
160- Beck A.t (1976) cognitive therapy and emotional disorders Newyourk international universities press.
161- Beck A.t (1991) cognitive therapy : A 30- years Retrospective American psychiligist, Vol 40 (4) , P.P 368 – 375.
162- Bert N to cacioppo , et al (1995) Individual deference in cardiac sympathy etic contro predict , ensocirine and immune responses to acute psychological stress Journe or personality and social psychologic the American psycholosical assictation.
163- Bert Niva. (2005). Revealing the effectiveness of individual behavioral therapy in chronic insomnia treatment, university California, Nov (27):pp60.
164- Boyd, M., & Nihart, M. (1998). Sleep and Rest in Psychiatric Nursing . lip pin cot Philadelphia . New York, 5, 767-793.
165- Brennan , p , et al (2002). Maternal depression, paternal Psychopathology and adolescent diagnostic anthems . journal of counting and clinical psychology .vol 70 . no 5, 2002 .
166- Brown , T.E .; Mcmullen , W.J.,J.r . (2001). Attention deficit disorders and sleep / arousal disturbance , Annals of the New York Academy of Sciences, Jun , 93 ,1,271-286
167- Calhoun. P.S. & Kluge, M. (2007). Objective Evidence of Sleep Disturbance in woman with post traumatic stress disorders Journal of Trauma Stress, 20(6): 1009-18 .

168- Campbell, S.S., Rerman, M. & Lewy, A.J. (1995). Light treatment for sleep disorder. Consensus report, age related disturbances. Journal of Biological rhythms, 10 (2):151-15.
169- Cetrona C. to cole V. et al (1995) : perceiver parental social support and ace jemic achievement an attachment theory perspective. Journal of personality and social psychology (66).
170- Chang S.c to roos, P (1997) sexroles supports asa moderators , journal of personality and social P.P 570.585.
171- Clatet A. Kashide (2015) . Handbook of sleep Disoder Stanford university school of medicine – Stanford California USA second edition.
172- Clark D.A Beck A.T Alford B.A (1999) seiantific Foundations of cognitive theory and therapy newyourk John willey to sons.
173- Cook, s.w to Heppner p.p (1997) .Aspyschonso study of three coping measures education and psychological measures education and psychological measwment 57.906-923.
174- Crowley SJ, Acebo C, Carskadon ,MA (2007).Sleep, circadian Rhythms, and Delayed phase in adolescence sleep Med.
175- Crycik, Micheal (2005). Cognitive Behavioral Therapy for night terror, Journal Clinical psychiatry (36), Luis Angles.
176- Current Therapy& Miller,M.N,Conway,M.W (2008). Standers Elsevier in Mood disorder .In:Rakel p,Bope ET,edConn,s.60th ed.philadelphia , :chap 281.
177- Currie, - Shawn - R ; Wilson , - Keith - G ; Curran , - Dorothy Ann (2002). Clinical significance and predictors of treatment response to cognitive – behavior therapy for insomnia secondary to chronic pain, Journal - of - Behavioral - Medicine. Vole 25(2) Apr: PP 135 - 153.
178- Daley. s & Haman , C (1998). axisil symptomatology , Depression and live stress during the transition from adolescence to adulthood , of consulting and clinical psychology , 1998.
179- Dcvoto, A., Voderhoker, U., Berger, M & Hohagen, F. (2003). Insomnia and Sleep quality- Journal of Psychosomatic Res, 54 (1): 3-10.
180- Deniz, M.D (2002). The Relationships Among Coping With Stress, Lifesatisactios, Decision – Makingstyle and Decision Self – Esteem An Investigation With TURKISH Wniversty Stad énts. Social Behaviarand Personaltity, 34 (9), 1161 -117.
181- Dixon , S . K Kurpius . S.E (2008) Depressior and college stress among university un jergradutes Do mattering and self esteemate Development 3 (2) 12 – 25.
182- Dobson Kethin S. (2010) Handbook of cognitive behavioral therapie newyourk, the guliford press.3.
183- Dorothey , cotton (1990) ; stress management an intergranted approach to (therapy new York , AZEL publishers .
184- Drake (2014). Moderators And Mediators Of The Relaton Ship Between Stress And Insomnia : Stressor Chronicity. Cognitive And Coping.

185- DSM- IV (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental- IV Disorders DSM- IV, (Fourth edition)- American psychiatric Association, Washington ,D.C .
186- Ellis (1997) : Reason and Emotion in psycho therapy , new jersey the citadee press.
187- Ellman, S J. k. Amtrtbus, J.S. (1991). The Mind in Sleep. New York; awiley inter science j»ublic-ti«n. Second edition.
188- Fan Zen ,PL ,Buses ,DJ ,Rsbinovitzm, Pollock BG,lotrichfe (2010) . Boor sleep quality predicts onset of either major depression PO or subsyndromal .deprecation with irritability during inter Freon alpha treat ment,psychiatry Res, May,15 (1-2):240 .
189- Fan Zen, PL ,Buses ,DJ ,Rsbinovitzm, Pollock BG,lotrichfe (2010). Boor sleep quality predicts onset of either major depression PO or subsyndromal .deprecation with irritability during inter Freon alpha treat ment,psychiatry Res, May,15 (1-2):240 .
190- Feleb ,Biccker (2008). The relationship between insomnia and depression disorders and the clinical assessments,sleep dis orders mangazine ,Joly30(7) p:(873).
191- Freeman Arthuri, artabt.(2007). Using Home work exercise in Cognitive – behavioral therapy , Journal Article , psychiatry, Elsevier Science , Oct p160.
192- Gadzell B, etal : (1999) student – life stress inventory annual meeting of the texas psy chological assolontion san anttonion , p 291 – 303.
193- Gaultney , jane Terrell , debra gingras , jennine L. (2010) . parent reported periodic limb momvemnt sleep disordered – breathing bedtimeResistance behiors ADHB behavioral sleep medicine .
194- Gurneys, Coleen. (2007). A comparison of rates of residual insomnia symptoms cognitive –behavioral therapy for major depressive disorder, Jilin Psychiatry, Feb: 68(2):p254-60.
195- Guyton , (1996) :Textbook of medical physiology, American Journal of psychiatry,(91) p819.
196- Hamitlton S-Fatgot (1998) chronic stress and coping styles : a comparison of male and female unfergraduates I ournal of personality and social psychology American psycholocal association V55 – 819 – 923.
197- Hensely , we to Jones , J.(1995) suicidality among college university : contributing factor and preventive respons psy chological disern research , california , p 69.
198- Howland I. , et al (2000). effects of negative life events on immune supp ression in children and youth infected with human immunodeficiency virus type 1 . pediatrics , sept , 2000 .
199- Hrayr P. (2006). Sleep Disorders in Women: A Guide to Practical Management, Vermont Regional Sleep Center Department of Neurology.

200- Hunther K-C to conen L.H (1999) therole of Neuroticismin daily stress to coping sournal of personality to social psychology Vol 77 No 5 , 1087 – 1100.
201- International statical classification of Diseases and Related Health problems 10th revision (ICD - 10) version for chapter v of 51 (2010).
202- Jack D, Edinger , Collen E, curnery (2013) . Diagnosis and Treatment of sleep disorder,Psychological Reports, 76,pp 270.
203- Joseph Banks linda R Gannon (1998) the influence hardinesesout the relationship between stressors and psychosomatic sysmpthomatoly American journal of community psychology 125.
204- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). Synopsis of Psychiatry-Behavioral Sciences-Clinical Psychiatry. Egypt: Mass Publishing.
205- Klein , R to schermer . V (2000) introduction and over view : creating a Henling matrix in : from . R to schemer . v group psychotherapy forpsychology trauna new yourk , the gail ford press.
206- Kobasa S.c (1999) stressfull life event personilty and health an inquiry into hardiness journal of personalty and hardiness journal of personalty and social psychology , 37 (1) , 1-11.
207- Liu, SY (2000). Some basic features of the new sleep-aid tea (SAT) for the treatment of insomnia, sleep res online, p49: 52.
208- Manber R,Edinger JD,Gress JL,San pedro -San pedro-Salcedo MG, (2008). cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with co morbid major depressive disorder and insomnia , Stan ford University, Sleep Apr 1:31 (4).
209- Manber R,Edinger JD,Gress JL,San pedro -San pedro-Salcedo MG, (2008). cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with co morbid major depressive disorder and insomnia , Stan ford University, Sleep Apr 1:31 (4).
210- Marino Alfonso (2001). Treating chronic insomnia: A cognitive - Behavioral group therapy approach, University of Toronto Canada. Eddy.
211- Marino Alfonso (2001). Treating chronic insomnia: A cognitive - Behavioral group therapy approach, University of Toronto Canada. Eddy.
212- Marks D.f et al (2000). Heath Psychology theory Research and Practice. First Pub Lished, Sage Pubications Inc London.
213- Marks Shirly : stress in academic life – the mental assembly line the society London – university research into higher education (1994).
214- Martin A to Marsh H, et al (2002) A quadipl need achievement respresentation of self handicapping and defensive pessimisme American education research surnail 1 – 23.
215- Mary (2004). The relationship between spiritwality and stress level among college under grdleatesTaking Psycholoy and Basiness Coweses. Psyco logy and Basines Cowrsers Diss – Absintew Vo L . 65: B156.

216- Mc Girr A: Renaud j: Seguin M: Alda M: Benkelfat (2007). An Examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: psychological autopsy study.jan:97 (1-3):p2039-9.
217- Misra R 2000 , Academic Stress of college faculty perceptions – college student journal Vol 34 No 2 – 236 – 246.
218- Morin , - Charles - M ; Bastien , - Celyne , Guay , - Bernard ; Radouco-Thomas , Monelly ; Leblanc , - Jacinthe , Vallieres , - Annie (2004) . Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia. American - Journal - of - Psychiatry .Vole 161(2) Feb: PP 332 - 342.
219- Morin Char Les (2003). Role Of Stress Arousel And Coping Skillsin Primary Insomnia.
220- Motivational Constructs (2004). journal of counseling psychology, 21(3), 2004.
221- Muller , Richard , Bell catchloon : life stress events that (American , River collage , students experience , 1999).
222- Nawby F. (1997) social support self – efficacy and assertivenese as mediators ofstudyent stress. Journal of Human Behavior, 34.52.58.
223- New, Gerlecy, Kober (2008). A cognitive- behavioral conductive program to assess the effect of one night sleep on mood and cognitive funitive functions, psychiatry :p:42.
224- Ohayon MM,Malijai C,(1997). How A general population Perceeives its sleep and How this relates to complaint of insomnia? Journal of Sleep, Vol, 20,pp :715-723.
225- Orff, H (2010). Newrobio logy of insomnias Measured With Fmri – Ph – P Disser atation Presnted to Clinical Psycholgy Univerist Or Cli fornia, San Diego.
226- Paavonenj (2008). Sleep Distarbunces and Psychildern. Prediatuic Graduaty shool Peperm Ent Ok Child Psychiaty Wniversity of Helinki – Findeld.
227- Rothet al a Cathleen , j to james E (1999) life s stress events that American river college students experience ED 428.
228- Rush A.J t beck (2000) : cognitive – thempy in Kaplan to sa Dpcks " comrehansive : text book of psgchiatry – lippicott Williams to Williams Washington P- 2167 – 2178) .
229- Schredl , M , Friche – Oerkermennl, : Mitschke A ؛ Wiater A.e Lehmkul, G(2009). factors affecting Nighrt Meres in Childer Panentes Vs . Childern's Ratings – European Child & Ajoles Cent Psyehiarty 18 (1).
230- Shapelthill N.c (2001) study of HIV turns to AID quicker under conditions of venials Aftican American AIDs policy and training Institute.
231- Smith, Michael T. ,Huang , Mary I , Manber , Rachel (2005). Cognitive-behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders Clinical - Psychology- Review. Vole 25(5) Jul: PP 559- 592.

232- Smith, - Michael - T; Perlis, - Michael - L (2006). Who is a Candidate for Cognitive - Behavior Therapy for Insomnia? Health-Psychology. Vole 25(1) Jan: PP 15 – 19.
233- Spencer JA, Morran DJ, LeeA, (2004). With noise and sleep induction. Arch Dis Child,sleep Med , 65: 135- 137.
234- Spielman.A, Gloyinsky, B (1991). In case studies in insomnia, p.Hauri, New York, U.S.A.
235- Spoormaker, V. L, Connor, K.M. & Davidson, J.R .(2008). Disturbed Sleep in Post-traumatic Stress Disorder. Secondary symptom or core feature?. Journal of Sleep Med Rev, 12(3): 169-64.
236- Sprinige,Backhaus,F,Hohagen,U,Voderhol(2001).Long-term effectiveness of a short term cognitive –behavioral group treatment for primary insomnia .Eur Archives psychiatry vlincal neurosis , march, 201 pp: 35-41.
237- Stankovich , d (2001). ineguality , poverty and family stress undermine child health in austalia , http : // www . wsws . org / articles / 2001 may 2001 / - m04 . shtml .
238- Susan to minka (1996) : condition and etholobical modeles of an xiety Disorders stress in Dynamic context models Nebraska symposium on motivation London , Vol (43) P.P. 33 – 35.
239- Taylor , S.E (1999) Health psychology , Boston Mcgraw – Hill.
240- Tylor, Lichstein, Kenith (2007). A pilot-Study for Cognitive-behavioral Therapy in Sleep disorders-for Persons With ordinary Depression, North Texas, U.S.A,(22),pp:45.
241- Wada , minorg (1998) underaduates coping with stress the realative among stress, social support and psychological well being An examination on as sex differences japenes.
242- Westen Drew (1995) : psychology mind Brain to culture , Newyourk, John wiley to sons, Inc.
243- Wetzler - Ryan - Glenn (2004). The Caritas Sleep Disorders Center - Insomnia Clinic. The development, implementation, and evaluation of a behavioral medicine insomnia program. Vole
244- Yong H, Pertrinim M. (2012). Effect of cognitive behavior therapy on *Sleep disorder in china, Knurs Health, Dec 14 .458-6.*

الفصل الثاني
الإرشاد بالمعنى

١ – نشأة الإرشاد بالمعنى وتعريفه وأسسه الفلسفيه.
٢ – أهداف ومبادئ الإرشاد بالمعنى.
٣ – فنيات الإرشاد بالمعنى.

الفصل الثاني

الإرشاد بالمعنى

الإرشاد بالمعنى :

يتم تناول الإرشاد بالمعنى من حيث النشأة ، المفهوم ، الأسس الفلسفيه ، والأهداف ، والمبادئ ، والفنيات .

نشأة الإرشاد بالمعنى (من هو فرانكل):

" فيكتورفرانكل " هو صاحب مدرسة فيينا الثالثه فى العلاج النفسى (وكانت المدرسه النمساويه الأولى هى مدرسة " سيجموندفرويد" والثانيه هى مدرسة ألفريد آدلر) حيث قدم "فرانكل" آفاقاً جديده فى العلاج النفسى وهى "العلاج بالمعنى" ، وولد "فرانكل" فى مدينة فينا فى ٢٦ مارس عام ١٩٠٥ . وحصل على الدكتوراه فى الطب عام ١٩٣٠ ، وعمل طبيباً نفسياً لعلاج الحالات المستهدفه للإنتحارفى مركز لعلاج الإناث . (طلعت منصور، ٢٠١٧ : ص ١٠-١١) .

وقد تم إعتقاله فى الفتره من ١٩٤٢ – ١٩٤٥ على يد الألمان النازيين وأمضى فترة إعتقاله فى معسكرات أوشويتز Auschwitz وداشاو Dashau حيث قتل كل من أبيه وأمه وأخيه وزوجته فى غرف الغاز (نبيل حافظ ، ٢٠٠٨ : ص ١٠٨) .

وفى عام ١٩٤٥ عاد "فرانكل" إلى فيينا وعمل رئيساً لقسم الأعصاب بمستشفى فيينا البوليكلينيكى ، وظل هكذا لمدة خمسة وعشرين عاماً ، وفى عام ١٩٦٠ إنتقل إلى الولايات المتحده

الأمريكيه حيث شغل خمسة مواقع مهنيه رئيسيه بجامعات هارفارد وستانفورد ، وكذلك بجامعات دالاس وبيتسبرج وسان دييجو . (طلعت منصور، ٢٠١٧ : ص ١٢) .

وبدأ فرانكل عمله المتخصص فى مجال الطب والتحليل النفسى وإتبع فى ذلك خطى فرويد كأستاذاً له ، ومرفرانكل بخبرات قاسيه ساهمت فى تطورأرائه الفلسفيه والعلاجيه ورأى من خلال تلك المعاناه ثمة معنى للمعاناه كمعاناة الموت التى هى جزء بمعنى الحياه بدون هذه المعاناه لاتكون الحياه كاملة ، وإن حتمية وجود الإنسان تعطيه الفرصه حتى يكون مع روحه ونفسه ويجب أن يكون له ثقه وإيمان بالمستقبل . (نادرفهمى الزيود ، ١٩٩٨ : ص ص ٢٧٧- ٢٧٩) .

وترك "فرانكل" للتراث الإنسانى ، العلمى والحضارى ٣٢ كتاباً ، وترجمت مؤلفاته إلى ٢٦ لغه فى العالم ، وحصل أيضاً على ٢٩ دكتوراه فخريه من جامعات عديده فى العالم وتوفى فى فيينا يوم الثلاثاء ٢ سبتمبر١٩٩٧ عن عمريناهز الإثنين وتسعين عاماً (طلعت منصور، ٢٠١٧ : ص ١٢) .

مفهوم الإرشاد بالمعنى :

يعرفه " فرانكل " بأنه إتجاه تفاؤلي وليس تشاؤمياً ويبرز أهمية إكتشاف المعنى داخل الشخص وتنمية إتجاهات إيجابيه وتفاؤليه نحو الحياه التى يعيشها رغم المعاناه (frankl , 1967) .

ويعرف بأنه الإرشاد الذى يساعد الفرد على إيجاد المعنى فى حياته فى الحاضروالمستقبل عن طريق البحث فى خبرات وتجارب الماضى التى مربها فى حيات (Baker , M . , 2001 : p 14).

ويعرف الإرشاد بالمعنى بأنه توجه إنسانى يتناول الإنسان فى بعده المعنوى من أجل فهم الوجود الإنسانى وتعميق الوعى به ، وتأصيل الشعوربالحريه والمسئوليه وإستثارة المعنى ، والتى تجعل للحياه والعمل والحب والمعاناه وحتى الموت معنى أصيلاً يساعد الفرد على تجاوز ذاته ، والتحرك فى الحياه بإيجابيه ، والتوجه نحوالمستقبل بتفاؤل مستفيداً من الإمكانات المحققه فى الماضى من أجل تشكيل الحاضروالتخطيط للمستقبل من أجل الوعى بالجوانب الإيجابيه والطاقات بدلاً من التركيز على الجوانب السلبيه (سميره على أبوغزاله ، ٢٠٠٧ : ١٦٠).

ويعرف بأنه مجموعه من الفنيات والأنشطه المستمده من الأسس النظريه التى قدمها "فرانكل" فى نظريته العلاج بالمعنى والتى تنظرإلى الإنسان على أنه كائن متفرد وجديربالإحترام ، وأنه له قيمه فى الحياه ويمكنه بمساعدة المرشد تحليل مواطن القوه والضعف لديه وصولاً إلى إيجاد معنى وهدف فى حياته (سيد أحمد البهاص ، ٢٠٠٩ : ص ١٧١) .

ويعرف هميدى وآخرون (Hamidi , et al , 2010 : p 9) معنى الحياه بأنه شعورالأفراد بقيمة الحياه ، وتوقعاتهم الإيجابيه نحو الحياه .

كما يعرف بأنه مجموع إستجابات الفرد التى تعكس إتجاهاته الإيجابيه أو السلبيه نحو الحياه بأبعادها المختلفه ، والأهداف والإلتزامات التى يلتزم بها الفرد فى حياته من دراسة أو عمل ، ومدى إحساسه بأهميتها وقيمتها ودافعيته للتحرك بإيجابية نحو تحقيقها ، وقدرته على تحمل المسئوليات

والتسامى بذاته نحو الأخرين وتقبله لذاته ورضاه عن حياته بشكل عام (محمد حسن الأبيض ، ٢٠١٠ : ص ٨٠٣) .

كما يعرف بأنه علم النفس المتمركزحول المعنى ، إنه علم نفس الشخصيه الذى يلقى الضوء على إمكانية التكيف والتعامل مع الضغوط وأحداث التغييرمن خلال إكتشاف المعنى (Martinez , E . y . & florez , i , A . 2015 , p 39) .

ويعرفه الباحث إجرائياً : بأنه عملية تفهم الشخص لوضعه وإمكانياته وقدراته الخاصة التى توجد لديه ، ويكون قادر من خلالها على تحديد أهدافه داخل الحياه والعمل على تحقيقها ويكون لديه هدف ومعنى للحياه يسعى من أجله لأن يعيش حياة سعيده مليئة بالأمل والطوح .

الأسس الفلسفيه للإرشاد بالمعنى :

إن الإرشاد بالمعنى شأنه شأن العلاجات النفسيه الأخرى لابد وأن يرتكز على فلسفه واضحه للحياه تنطلق من خلالها الممارسات العلاجيه المختلفه التى يتطلع إليها هذا الإسلوب العلاجى . وتظهر الأسس الفلسفيه كما يلى :

١ – إن العلاج بالمعنى يعتمد على مخاطبة عقل صاحب المشكله على إعتبارأن العقل قوه بشريه توضع فى مقابل الإنفعال أو العاطفه وبحث الإنسان عن معنى بمثابة قوة تدفعه لكى يدافع عن قيمة أوشخص فى حياته .

٢ – الإنسان دائم السعى لمعرفة معنى الحياه بالنسبة له والوصول إلى تحديد أهدافه فى الحياه وهذه هى إرادة الوجود .

٣ – أنه يؤكد على مساعدة الفرد فى إكتشاف المعنى المفقود فى الحياه ، وأن الإنسان مسئول عن أفعاله ، وعن تغيرنفسه فى حياته الحاضره لتأكيد وجوده .

٤ – ان الوجوديه مذهب إنسانى يناضل ضد تجزئة الإنسان فى محاوله لفمهه بإستخدام منهج كلى يكشف عن حقيقته وجوهره (عاطف مسعد الحسينى ، ٢٠١١ : ص ص ٧٨ – ٧٩) .

٥ – أن الإنسان محكوم عليه بالحريه ، فيجب على الإنسان أن يختارقراراته بنفسه ويتحمل مسئوليتها .

٦ – أن الإنسان يدافع عن نفسه من خلال نشاطاته وأعماله (نادرفهمى الزيود ، ١٩٩٨ : ص ٢٨٣) .

أهداف الإرشاد بالمعنى :

يهدف الإرشاد بالمعنى إلى تفسيرأحداث الحياه التى يمربها المريض الذى يعانى من المشكلات التى تواجهه بطريقه إيجابيه ويهدف إلى أن يقوم الشخص بتفهم قدراته وإمكانياته للسيطره على الصعاب والمشكلات وتحويل المشاعرالسلبيه إلى قوه إيجابيه .

ويشير (عاطف مسعد الحسينى ، ٢٠١١ : ص ٩١ – ٩٢) . أن أهداف الإرشاد بالمعنى تتمثل فيما يلى .

١ – مساعدة الفرد فى أن يكون على أفضل صيغه ممكنه تجعله يشعربوجوده كإنسان ويحاول أن يحقق تطلعات الإنسان الفرد وطموحاته بوجوده كإنسان .

٢ – منح المريض قوه داخلية عن طريق تبصيره بهدف مستقبلى يستطيع به أن يتطلع إلى الأمام .

٣ – توسيع إدراك المريض ليشمل الطموحات الإنسانيه العليا ، وإلى توسيع مجال رؤيته فيما يتعلق بالإمكانات التى تقوى وتعزز إرادته للمعنى .

٤ – يولى الإرشاد بالمعنى إهتماماً خاصاً بالمستقبل حيث يركز على الآمال والمعانى التى ينبغى أن يتطلع بها المريض فى مستقبله .

ويشير (نادرفهمى الزيود ، ١٩٩٨ : ص ٢٩٣) . إلى أن الإرشاد بالمعنى يهدف إلى :

٥ – جعل المريض أكثرإدراكاً ووعياً لوجوده وأنه يعيش من أجل هدف معين .

٦ – يهدف أيضاً إلى تحسين مواجهة الفرد مع الأخرين ، ومساعدة الفرد فى تثبيت إرادته وقوته .

مباديء الإرشاد بالمعنى :

بصورة رئيسيه فإن الإرشاد بالمعنى يعتمد على ثلاثة ركائز وإفتراضات أساسيه وهى :

١ – حرية الإراده the freedom of will:

يقوم مبدأ حرية الإراده فى معارضة المبدأ الذى تلتزم به معظم المراحل المعاصره لدراسة الإنسان وهو مبدأ الحتميه (فرانكل ، ترجمة إيمان فوزى ، ٢٠٠٤ : ص ٢٢) .

وإن الحريه الإنسانيه تجسدت داخل معسكرات الإعتقال وهذا ما أكده "فرانكل" فى كتابه الإنسان يبحث عن المعنى ، حيث أن الإنسان بيده الإختياربين أن يتبنى موقفاً بطولياً أو أن يتجه نحو الشرومثال ذلك أولئك اللذين كانو يمرون ليلاً على الأكواخ لتهدئة الخائفين ويساعدونهم بأخر قطعة خبزمعهم حيث كان هؤلاء الأفراد قلة من حيث العدد إلا أنهم خيرمثال على أن كل شيء قد يؤخذ من الإنسان ماعدا شيء واحد وهو أن يختارالمرء طريقه فى ظل ظروف معينه (فيكتور فرانكل ، ١٩٨٢ : ص ٩٤) .

وإن كانت حرية الإراده تمثل أهميه كمحورمن المحاورالرئيسيه فى إلتقاط المعنى فى الحياه ، فإن ذلك يعنى أن الفوضى من الممكن أن تظهرفى سلوك الإنسان لأن هذه الحريه تضبطها المسئوليه وتحد من جموحها مجموعة من القيم التى تهذب سلوك الإنسان والمسئوليه الوجوديه هى الوجه الأخرلنفس العمله (الحريه) وإن الحريه مفهوم سلبى يتطلب تكمله إيجابيه ، والتكمله الإيجابيه هنا هى المسئوليه ، والمسئوليه تشيرإلى قصدين هما :

١ - أنها تشيرإلى معنى وهى أن نكون مسئولين عن تحقيقه .

٢ - أنها تشيرإلى كيان يكون كل فرد مسئول أمامه (عاطف مسعد الحسينى ، ٢٠١١ : ص ٨٠ – ٨١) .

٢ - إرادة المعنى the will to meaning:

تمثل سعى الإنسان إلى البحث عن معنى فى حياته وهو بمثابة قوة أوليه فى حياته وليس " تبريراً ثانوياً " لحوافزه الغريزيه وهذا المعنى فريد من نوعه حيث أنه لا يطبق ولا يتحقق إلا بواسطة الفرد نفسه (طلعت منصور ، ٢٠١٧ : ص ١٠٥) .

ويعرض رولوماى وجهة نظرنيتشه فى إرادة المعنى ، حيث يرى أن الإرادة هى مصطلح يدل على الوجود الإنسانى ، ومن دون الإراده الإنسانيه لا وجود لكينونته ، والإنسان لايستطيع أن يدرك وجوده دون إرادته (May , 1983 , p 78) .

والإستثناءات الوحيده من ذلك كانت مع أولئك الأفراد الذين فقدوا إرادة الحياه (المعنى) وإبتغوا أن يستمتعوا بأيامهم الأخيره ، ومثال لذلك عندما ترى شخصاً يدخن فأعلم أنه قد فقد السيطره والقدره على المواصله تجاه الحياه ، وعندما تفقد الثقه فإن إرادة المعنى نادراً ما تعود (فيكتورفرانكل ، ترجمت طلعت منصور، ٢٠١٧ : ص ٢٧) .

٣ – معنى الحياه the meaning of life:

يؤكد " فرانكل " أن معنى الحياه يختلف من شخص لآخرومن يوم لآخر، ولذلك فمعنى الحياه الذى يجب أن يشغل الإنسان ليس هو معنى الحياه على وجه العموم ولكنه معنى حياته على وجه الخصوص حيث لا يوجد ما يسمى بالمعنى المجرد للحياه فلكل فرد مهمته ورسالته الخاصه فى الحياه ولذلك فحياته لها معناها الخاص ، ومن هنا فالبحث عن معنى الحياه هو إلتزام خاص بكل شخص (فرانكل ، ١٩٨٢ : ص ١٤٥) .

ويمتد تأثيرالإرشاد بالمعنى إلى الجوانب الروحيه والعقليه للفرد من خلال التسامى بالذات وتعديل الأفكارالمشوهه ، وإيجاد معنى وهدف للحياه ، كما يهتم بالطموحات ويؤكد على أنه عن طريق إيجاد المعنى فى حياة كل فرد يستطيع تحويل الفشل التام إلى نجاح (Eum , clara , 2007 : p 217) .

وفى ذلك نأخذ توجيهاتنا من كلمات " نيتشه " حين يقول " من يمتلك سبباً وهدفاً يعيش الإنسان من أجله ومن أجل أن يعمل على تحقيقه فإنه يستطيع غالباً فى كل الأوقات وفى كل الظروف أن يتحمل بأية طريقه وبأى حال كل ما قد يواجهه " فالويل لمن لا يرى فى حياته معنى ولا يستشعرهدفاً أوغرضاً لها ، ومن ثم لايجد قيمه فى مواصلة هذه الحياه (فيكتورفرانكل ، ترجمت طلعت منصور، ٢٠١٧ : ص ٨٦) .

ويرى (فرانكل ، ترجمة إيمان فوزى ،٢٠٠٤ : ص ٨٨) أن المعنى يتغيردائماً لكنه لايتوقف أبداً عن أن يكون موجوداً ، ووفقاً للإرشاد بالمعنى نستطيع إكتشاف هذا المعنى فى الحياه بثلاث طرق مختلفه وهى :

١ – بواسطة الإتيان بفعل ما.

٢ – بواسطة أن يخبرقيمة من القيم.

٣ – بواسطة أن يعيش حالة من المعاناه.

وعلى هذا لا يوجد شيء فى الدنيا يمكن أن يساعد الإنسان بفاعلية على البقاء حتى فى أسواء الظروف مثل معرفته بأن هناك معنى فى حياته ، والمعنى يمكن أن يتحقق من خلال تحقيق ثلاث قيم وهذه القيم ليست أصل نظرية فرانكل ولكن كتبها تلميذه (كرومباخ) تحت مسمى التحليل بالمعنى وهى :

أولاً . القيم الإبتكاريه creative values:

فالقيم الإبداعيه تساعد الفرد على الخروج من نمط الحياه اليومى المعتاد ورؤية حياته من جانب آخرجديد مما يسهم فى إكتشافه للمعنى فى حياته (Hutzell & jerkins , 1990 : pp88) .

والإبداع أوالإبتكاريجعل الفرد قادراً على تقبل وضعه ، وتحمل إعاقته فضلاً عن دوره فى تنمية الفرد روحياً (Sonja , j . , 2005 : p15) .

ويستطيع الفرد تحقيقها من خلال عمل يقوم به مع الأخرين ويتوجه به نحوهم بمساعدتهم ، حيث أن المصدر الأكبر للمعنى يتمثل فى العمل المفيد الذى يقوم به الفرد نحو الأفراد الذين يعيشون حوله والذى يحقق لهم النفع فى الحياه (سيد عبدالعظيم محمد ومحمد عبدالتواب معوض ، ٢٠١٢) .

ثانياً . القيم الخبريه (التجريبيه) Experiental values:

تتمثل فى أن الحب هو الطريقه الوحيده والأساسيه التى يدرك بها الإنسان كائناً إنسانياً آخرفى أعمق أغوارشخصيته ، فلايستطيع إنسان أن يصبح واعياً كل الوعى بالجوهرالعميق لشخص آخرإلا إذا أحبه فبواسطة الفعل الروحى للحب يتمكن الإنسان من رؤية السمات والمعالم الأساسيه فى الشخص المحبوب ، بل إن الإنسان يستطيع أن يرى ماهو كامن (فيكتورفرانكل ، ترجمت طلعت منصور، ٢٠١٧ : ص ١١٩) .

وتعتبرالبيئه المحيطه بالشخص بمثابة حقل غنى بالخبرات الإنسانيه ، والبيئه التى تتآلف فيها الذات مع الآخروهى المنطقه التى يمكن أن تتحقق فيها القيم الخبراتيه وذلك من خلال ما يمكن إستمداده من قبل من حوله من الأخرين أى المستمده من الخبرات داخل الحياه (frankl , v . , 1973 : p132) .

ثالثاً . القيم الإتجاهيه attitudinal values:

ويقصد بها الإتجاه الذى يجب علينا الأخذ به نحو أقدارنا الذى لا نستطيع تغييره فلا نستطيع أن نفعل ما نريد ولكن علينا أن نفعل ما يقتضى عمله ، وإن الشيء الذى لا يمكننا إلغاؤه هو حتمية المعاناه ولكن تلك الحتميه للمعاناه لا تعنى أى شكل من الأشكال لإلغاء معنى الحياه أو توقفها وإنما أن يواجه الإنسان معاناته بشجاعه (zika , chamberlin , 1992 : p143) .

ويقول فرانكل frankl أن معنى المعاناه يظهر حينما يجد الشخص نفسه فى موقف لا مفر منه وحينما يكون على الشخص أن يواجه مقدراً لا يمكن تغيره ولا تبديله عندئذ فقط يكون أما الشخص فرصه أخيره لتحقيق المعنى الأعمق وهو معنى المعاناة ، والمهم هو الإتجاه الذى نأخذه نحو المعاناة والإتجاه الذى نجعل به معاناتنا فوق أنفسنا ، وأن المعاناة لا تتوقف عن أن تكون معاناة بشكل ما فى اللحظه التى تكتسب فيها المعاناة معنى مثل التضحيه (فرانكل ، ١٩٨٢ : ص ١٤٩) .

أ - المعاناه : suffering:

ومن المبادىء الأساسيه للإرشاد بالمعنى أن الإهتمام الرئيسى عند الإنسان لا يكون الحصول على اللذه أوتجنب الألم ، فلابد للإنسان أن يكون مستعد للمعاناه فى أى وقت بشرط أن يكون لها معنى ، ولا حاجة بنا للقول بأن المعاناه لا يكون لها معنى إلا إذا كانت ضروريه ولا غنى عنها (فيكتور فرانكل ، ١٩٨٢ : ص ١٥١) .

وعلى هذا النحو فإن المعاناه تغمرالروح الإنسانيه كلها والعقل الواعى بأكمله ، بصرف النظرعما إذا كانت المعاناة كبيرة أم صغيره حيث أن حجم المعاناة الإنسانيه إذن هو مسأله نسبيه تماماً تختلف من شخص لأخر، والمعاناة أصبحت مهمه من المهام التى لا نريد أن ندير لها ظهورنا والتى بوسعنا أن نحقق إنجازاً من خلال فرصها الكامنة وهى تلك الفرص التى جعلت الفرد يستشعر بأن هناك الكثير من الآلام ومن ألوان المعاناة مما يحتم علينا إجتيازها وإختراقها (فيكتورفرانكل ، ترجمت طلعت منصور، ٢٠١٧ : ص ٥٩) .

ب – الذنب Guilt:

يمثل الشعور بالذنب سمه من السمات الأساسيه للحياه ، وكل فرد من الضرورى أن يواجه ثلاث مشكلات وجوديه هى المعاناه والشعوربالذنب والموت فكل الناس يعانون وكل الناس يستطيعون تحقيق مسئولياتهم فى الحياه طوال الوقت ولابد من مواجهه حقيقيه أن كل الناس موتى (عاطف مسعد الحسينى ، ٢٠١١ : ص ٨٨) .

ويؤكد فرانكل أن الشعوربالذنب يجعل الفرد يأخذ موقفاً من ذاته وبالتالى يصبح قادراً على إعادة تشكيل هذه الذات فالإنسان له إمتيازالشعوربالذنب ومسئوليته هى التغلب على هذا الشعور (فيكتور فرانكل ، ١٩٩٧ : ص ٩٢) .

ج – الموت Death:

يقول فرانكل أن زوال حياتنا لا يحتم أن يجعلنا بلا هدف ولا معنى ، ولكنه يحدد إلتزامنا بالمسئوليه وإستعدادنا لتحملها وإن كل شيء يتوقف على تحقيقنا لما عندنا من إمكانات مؤقته سمتها الأساسيه أنها قابله للزوال (فيكتورفرانكل ، ١٩٨٢ : ص ١٥٩) .

والموت كما قال بعض الوجودين هو موقف حاجز أوحد حاسم من شأنه أن يهددنا دائماً بتلك اللحظه الأليمه ، ومعاناة الإنسان فى الحياه على إختلاف مظاهرها هى جزء لا يتجزأمن الوجود الإنسانى ، فهى لا تلغى وجود الإنسان ولكنها تعيش معه ، وإنها دليل على صراع الإنسان فى الحياه لأجل قيمة ذاته وبقاؤه ، والإرشاد بالمعنى مدخلاً تفاؤلياً للحياه لأنه يعلمنا أنه لا توجد جوانب مأساويه وسلبيه لايمكن تحويلها من خلال الموقف الذى يتخذه الإنسان منها إلى إنجازات إيجابيه.

فنيات الإرشاد بالمعنى :

١ – فنية المقصد المتناقض : pradoxicul intention

تقوم هذه الفنيه على إبدال إتجاه المريض بعكسه وفعل كل ما يخافه الشخص ، فإذا ما كان يخاف من موقف معين أو من شئ محدد فلابد من مواجهته بها حتى يستطيع تغير نظرته إلى تلك الأشياء التى يخافها ، أى تغييرإتجاهه نحونفسه وظروفه وإنشغاله بأنشطه ساره تبعث فى نفسه البهجه والسرورلتحل محل الألم والمعانا وإن فنية المقصد المتناقض من الفنيات التى تساعد المريض على أن يعدل سلوكه تجاه مشكلته فيتغلب عليها إن أمكن ذلك ، أويتعايش معا ويتقبلها إن لم يستطع التغلب عليها ، وكانت تلك الفنيه ذات فعاليه مع عينه من مرضى السرطان تعانى من فقدان المعنى والهدف من الحياه ، حيث تمكنوا من التعايش مع المشكله وتقبلها وأصبح لهم هدف ومعنى فى الحياه (سيد أحمد البهاص ، ٢٠٠٩ : ص ١٩٤) .

٢ – الإيحاء : the Appealing:

جوهرهذه الفنيه أنه بعيداً عن الحاله الجسميه والإنفعاليه والظروف البيئيه المحيطه للفرد بعيداً عن كل هذا الواقع فإن المعالج يحاول بث الثقه لدى الفرد فى أهميته غيرالمحدوده وقدرته على تحمل المسئوليه وإتخاذ القرارات المناسبه التى تجعل المريض له القدره على حل مشكلاته بطريقه إيجابيه (Julom , A . M . & Guzman . R . , 2013 , p . 369).

كما تهدف تلك الفنيه إلى الكشف عن المصادرالروحيه الكامنه لدى الفرد والتى يهتم فيها بالمعنى النهائى والغايه العليا وتساميه بالذات نحوالأخرين ، فإستثارة الحس البطولى لدى الأفراد المرضى وأصحاب المعاناه تساهم فى زيادة قدرة الفرد على مواجهه واقعه فى ضوء معنى جديد ، مثال على ذلك حيث إستخدم فرانكل الإيحاء مع مريضه عمرها ثمانون عاماً أصيبت بالسرطان ودحلت على إثرذلك فى حالة شديده من الإكتئاب وعندما سألها فرانكل قالت أنها جيده لكن كل شيء سينتهى وهى تعانى من أجل هذا المرض الهاجس

فأخذ فرانكل يتجاذب معها الحواروأوصلها للدرجه التى أدركت من خلالها أن كل السعاده التى شعرت بها لن يستطيع أحد أن يسلبها إياها أويمحوها فكل شىء محفوظ فى مخازن الماضى ، لقد عانت وتحملت معاناتها بشجاعه وهذا معنى حقيقى لوجودها وشجعها طفرانكل" بقوله أنها أصبحت مثالاً للمرضى بطريقتها فى مواجهة معاناتها وتحملها لمرضها فى حياتها كالنصب التذكارى ، وكان آخرما قالته فى حياتها " أن حياتى نصب تذكارى هكذا قال البروفيسورفرانكل ، إن حياتى لم تكن بلا طائل " (فيكتورفرانكل ، ١٩٩٧ : ص ص ١٤٥ – ١٤٩) .

٣ – الإرشاد الدينى : Religious counseling:

إن الإنسان دائماً بحاجه إلى التمسك بالقيم الدينيه ، والحفاظ عليها ليصل إلى أعلى درجات المعنى ويشير"فرانكل" إلى أن الإنسان لا يستطيع النفاذ عبرالإختلاف فى الأبعاد بين العالم الإنسانى والعالم الإلهى ، ولكنه يستطيع أن يلمس المعنى المطلق من خلال الإيمان الذى تتوسطه الثقه بالكينونه المطلقه ، ونجد أن الديانات السماويه تحدثنا دائماً على السمو فى المعنى والإرتقاء بالمشاعروالأحاسيس فنجد الإسلام يهتم بالروح والجسد والعقل كما يحثنا القرآن الكريم على التأمل فى الكون من خلال آياته التى تظهرفيها قدرة الله عزوجل فيعيش الإنسان روحانيات ومعانى تساعد الإنسان على إيجاد المعنى الحقيقى للحياه (فرانكل ، ١٩٩٧ : ص ١٧٧) .

ومع ذلك ينبغى أن يكون واضحاً تماماً أنه لايمكن أن يوجد فى الإنسان شئ يمكن أن نسميه " الحافزالمعنوى أو حتى الحافز الدينى " بنفس الطريقه التى نتكلم بها عن الغرائز الأساسيه كمحددات حتميه للإنسان . فالإنسان لايساق أبداً إلى السلوك الأخلاقى المعنوى ، ولكنه فى كل حاله يتحذ قراراً بأن يسلك على نحو أخلاقى ، والإنسان لا يفعل ذلك لكى يشبع حافزاً معنوياً أخلاقياً أولكى يكون له ضميرسليم ولكنه يسلك هذا من أجل سبب يوطن نفسه عليه أو من أجل إلهه الذى يعبده أو من أجل شخص يحبه (فيكتورفرانكل ، ترجمت طلعت منصور ، ٢٠١٧ : ص ١٠٧) .

٤ – فنية الوعى بالقيم : the values Awareness Techniqur:

تنطبق هذه الفنيه من خلال مجموعه من الخطوات تبدأ بتحديد القيم ثم تحديد الأهداف ثم المزج بينهما وإبراز مدى ما تحققه الأهداف من قيم لدى الشخص ، أى تساعد الفرد على إكتشاف المعانى والقيم التى يتبناها أويهتم بها وأيضاً الأهداف التى يتوقع أن يحققها وهل هذه الأهداف تتضمن القيم الخاصه به أم لا ثم إعادة تحديد الأهداف لتتلائم مع القيم الكامنه (سيدعبدالعظيم محمد ، ومحمدعبدالتواب معوض ، ٢٠١٢ : ص ٢١٤) .

ومن الطبيعى أنه قد توجد بعض الحالات التى يكون فيها إهتمام الفرد بالقيم هو فى الواقع عباره عن تمويه للصراعات الداخليه ، وعلينا أن نحتاط إذن من النزعه إلى تناول القيم فى ضوء مجرد تعبيرالشخص ذاته عن نفسه . فالمعنى ليس إنبثاقاً من الوجود ذاته فحسب بل إنه شىء يواجه هذا الوجود (فيكتورفرانكل ، ترجمت طلعت منصور، ٢٠١٧:ص ١٠٥ – ١٠٦).

٥ – فنية المسرحيات النفسيه القائمه على المعنى (اللوجودراما) logo drama:

تعتمد هذه الفنيه على تذكرالماضى بهدف تعزيز الإحساس بالمسئوليه نحوالوجود الشخصى فى الوقت الحالى وفيها يحكى كل فرد من أفراد المجموعه قصته مع مشكلته ، وعن طريق الحوار المتبادل والمناقشه الجماعيه تتضح المعانى بشكل تلقائى (سيد أحمد البهاص ، ٢٠٠٩ : ص ١٩٤) .

ويرى (فرانكل ، ٢٠٠٤) أنه من خلال الحوار والمناقشه تتاح الفرصه لكل فرد من أفراد المجموعه أن يتخيل نفسه بعد مضى سنوات عمره وقربه من الموت ، ويعيد تأمله فى حياته الماضيه وما تحقق فيها ، عندئذ يقيم حياته مرة آخرى تقيماً إيجابياً ويدرك مسئوليته فى جعل حياته ذات معنى .

ويذكر"فرانكل" قصة السيده التى توفى إبنها وتركها هى وإبنها الأخرالكسيح حيث كان ينتقل على كرسى متحرك ، وحينها لم تتقبل الأم موت إبنها وحاولت الإنتحارومنعها إبنها الكسيح وحينها طلب منها "فرانكل" أن تقوم بإسترجاع الماضى حيث أنها كانت تتمنى أن تتزوج وترزق بالأطفال ورزقت بطفلين أحدهما كسيح كان من الممكن أن ترسله إلى إحدى مؤسسات الإيواء إلا أنها قامت برعايته لأنه ولدها ، وهنا أخذت الأم فى البكاء حيث كانت مسترسله فى حديثها قائله أن حياتها كانت زاخرة بالمعنى ، إنها لم تكن فاشلة لقد تحملت معاناة موت إبنها وتربية إبنها الكسيح وإستطاعت أن تصل إلى الصوره التى تريد أن تكون عليها وإستطاعت أن تصل إلى المعنى المراد تحقيقه وإكتشافه داخل الحياه (فيكتورفرانكل ، ١٩٨٢ : ص ١٥٦) .

٦ – الحوارالسقراطى : socratic dialogue:

هذه الفنيه تميزالإرشاد بالمعنى عن بقية العلاجات الأخرى ، وتعتمد على توجيه أسئله إستفزازيه للمريض فى إطارتساؤلى بهدف إستثارة عقلية المريض للوصول إلى المعنى المفقود وذلك بتخفيف أفكاره اللاعقلانيه حول مشكلته (سيد أحمد البهاص ، ٢٠٠٩ : ص ١٩٤) .

ودورالمعالج فى هذه الفنيه تسهيل عملية إكتشاف ماهو كامن بإستثارة العميل وتوجيهه نحوالمعانى الحقيقيه التى تساعده على حل المشكلات وذلك من خلال ما يلى :

تنطبيق هذه الفنيه فى جوآمن وهادئ ، وتواصل حقيقى بين المرشد والعميل ، وبناء الثقه بين المرشد والعميل ، وقدرة المرشد على الإستماع وإستخلاص المعانى فى الحديث ، والإبتعاد عن إصدارالأحكام فالمرشد يوجه الأسئله فقط (somov , p . G . , 2007 , p . 341) .

وقدم "فرانكل" تقريراً عن حالة يوضح فيها كيفية تطبيق الحوارالسقراطى كأسلوب مناسب فى الإرشاد بالمعنى بعمل إستثاره للمعنى الكامن لدى المريض وذلك على النحوالتالى : كانت هناك مريضه تعتقد أن كل شئ سيزول ولن يبقى أى شئ بعد ذلك ، وحاول فرانكل يجعلها أن تدرك أن زوال الحياه لا تعنى كونها بلا معنى من خلال حوارأجراه معها حيث سألها عن شخص تشعربالإحترام تجاه إنجازاته ؟ فأجابت إنه طبيب العائله ، فسألها وهل مات ؟ قالت نعم . ولكن حياته كانت ذات معنى فسألها "فرانكل" ولكنه قد مات فهل معنى ذلك أن حياته إنتهت وتوقفالمعنى ؟ فقالت لا لم يتوقف على الرغم من موته . فسألها "فرانكل " حتى عندما ينكرمرضاه فضله عليهم ؟ فقالت حتى مع ذلك ، فسألها حتى وإن مات مرضاه هلى يضيع ما فعله معهم ؟ فقالت لا . ومن هنا فقد أدركت أن الموت لا يمكن أن ينال من حياه مليئة بالمعنى (عاطف مسعد الحسينى ، ٢٠١١ : ص ١٠١) .

٧ – فنية تعديل الإتجاهات : modification of attitudes:

وتدعوهذه الفنيه إلى قبول القضاء والقدروالرضا عنه عن طريق تكوين إتجاه جديد نحوه ورؤيته بمعنى جديد ، فإن كان القدرلايمكن تغيره وإلا ما كان قدراً . فإن الإنسان يستطيع أن يغيرمن موقفه تجاهه وإلا ما كان إنساناً (فيكتورفرانكل ، ١٩٨٢ : ص ٩٣) .

وتقوم هذه الفنيه على إعادة تواصل الفرد مع من حوله بفاعلية مثمره وبناءه ويستخدم هذا الأسلوب فى الحالات التى يفقد فيها الفرد القيم والمعتقدات التى يعتنقها ويصيرفى حالة من خواء المعنى وخاصة فى المواقف التى لا يمكن للفرد غتخاذ مواقف تجاهها ، ومضمون هذا الأسلوب يمكن فى الاعتراف بأنه على الرغم من أن هناك بعض الحالات التى لايمكن تغييرها وتبدو بلا معنى إلا أنها فى حقيقة الأمر لها معنى كبير ، وهذا المعنى هو ما يساعد الأفراد على كيفية الإستجابه لمثل هذه المواقف ، أى أن المعنى متاح فى كل موقف تمر به ، بما فى ذلك مواقف المعاناه والموت (Marshall , M , 2009 , pp 79 – 80) .

وتبين للباحث أنه يتم تعديل الإتجاهات فى هذه الفنيه عن طريق إكتشاف المريض ما يعانى منه والألم الذى يمر به ، والبحث عن سبب تلك المعاناه والعمل على حلها ، وكذلك أن يقوم الفرد بحل تلك المشكلات فى ضوء المتاح لديه من إمكانيات ، قبول الموقف الضاغط الذى يواجهه ، أن يكون لديه هدف فى الحياه يعيش من أجله .

٨ – فنية اللوجوتشارت logo chart:

تعتمد تلك الفنيه على تحويل إمكانية وفكرالإنسان من ذات أوتوماتيكيه مسيرة أى ليس لديه القدره والسيطره عليها إلى ذات حقيقيه واقعية يستطيع مسايراتها وترويدها للأفضل ويستطيع الفرد من خلال تلك الفنيه أن يقوم بتقوية الذات الحقيقيه لديه عن طريق الأمل والحافزوالقوه التى توجد لدى كل فرد من خلال الأمل والطموح .

تلك الفنيه تجعلنا نعتقد أن الإنسان لايمكن أن يكون نتاج عوامل بيئيه وظروف كثيره وأن تلك العوامل التى توجد لديه هى عوامل طبيعيه بيولوجيه ونفسية وإجتماعيه ، ومن خلال تلك الفنيه نستطيع إستخلاص أن الإنسان لايستطيع التخلص من تأثيرات المحيطين به ولكن يستطيع أن يكون له إختياره لأفعاله والإنسان فى مقدوره أن يحتفظ ببقيه من الحريه الروحيه ومن إستقلال العقل حتى فى الظروف الصعبه من الضغط النفسى والمادى (فيكتورفرانكل ، ١٩٨٢ : ص ٩٤) .

٩ – التحليل بالمعنى : logo – analysis:

يعرف بأنه عملية تحليل خبرات الفرد وذلك للبحث عن معانى جديده ووضع أهداف جديده داخل حياته (mason , H . d . , 2014 , p . 42) .

وقد وضع أصول هذه الفنيه كرومباخ تلميذ فرانكل وتستخدم هذه الفنيه لعلاج حالات الفراغ الوجودى الناتج عن فقدان معنى الحياه ، وتساعد على إيجاد معنى جديد فى الحياه بالنسبه للمريض (صلاح فؤاد مكاوى ، ١٩٩٧ : ص ١٠٨) .

تلك الفنيه تفترض أن الشخص كائن فريد من نوعه له حياته الخاصه به ، وبالتالى من خلال فنية التحليل بالمعنى يمكن إتساع الوعى الشعورى للفرد ، وكذلك إثارة القدره الإبتكاريه من خلال الأنشطه التى يقوم بها الفرد من خلال تدريبات التحليل بالمعنى ، والتى يمكن أن تساعد على إيجاد المعنى والهدف من الحياه ، ومن خلال تلك الفنيه يمكن لأى فرد أن يحلل حياته من أجل إكتشاف معنى جديد للحياه ، كما أنه يقدم للفرد شيئاً محدد الإجراءات خطوة بخطوه فى رحلة البحث عن معنى الحياه (عاطف مسعد الحسينى ، ٢٠١١ : ص ١٠٤ – ١٠٥) .

١٠ – إيقاف الإمعان الفكرى (خفض التفكير) : Dereflection:

تقوم هذه الفنيه على تجاوزالتفكيرالمتمركز حول الذات ، وكسرالحلقه المفرغه من خلال التباعد بين الفرد وإنتباهه المفرط لذاته ، وأن يواجه إنتباهه إلى معانى جديده متميزه فى حياته (سيد أحمد البهاص ، ٢٠٠٩ : ص ١٩٤) .

وتعتمد هذه الفنيه على فكرة أن التلقائيه والنشاط السوى يتعرضان للإعاقه إذا جعل الإنسان منهما هدفاً للإهتمام المفرط ، ويضرب "فرانكل" مثالاً لذلك بقصة أم أربعه وأربعين التى سألتها عدوتها عن التتابع المتقن الذى تتحرك به وعندما ألقت أم أربعه وأربعين بالاً إلى هذه المسأله لم تستطع أن تحرك أرجلها إطلاقاً وقد ماتت جوعاً ، وهكذا يحاول فرانكل منع الأفراد فى الإفراط فى التفكير عن طريق فنية إيقاف الإمعان الفكرى (فرانكل– ترجمة إيمان فوزى ، ٢٠٠٤ : ص 126).

وفى مثال عن حالة آخرى حيث كانت هناك سيده تمثل دوراً أنها تلاحظ ملاحظه قهريه كيف تتم عملية بلع الطعام ، ولكن نتيجة التركيز الزائد فى عملية البلع عجزت السيده عن البلع حتى أصبحت نحيفه جداً (frankl , 1978 : p 256) .

مراجع الفصل الثاني

١- إبراهيم محمود أبوالهدى (٢٠٠٦) . فاعلية برنامج إرشادى لتحفيف مستوى القلق لدى عينه من المراهقين بصرياً . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٢- أحمد محمد جاد الرب أبوزيد (٢٠١٠) . طيب الحياه النفسيه لدى أباء الأطفال المتخلفين عقلياً ، المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه ، جامعة كفرالشيخ ، جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربويه والنفسيه فى الفتره من ١٣ – ١٤ إبريل ، ص ص ٥٢٩ – ٥٨٢ .

٣- أحمد محمد عبدالخالق (٢٠١٦) . الضغوط والأمراض مدخل فى علم نفس الصحه ، القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٤- أحمد نايل الغرير، أحمد عبداللطيف أبوسعد (٢٠٠٩) . التعامل مع الضغوط النفسيه ، عمان دارالشرق .

٥- أشرف محمد عبدالحليم (٢٠٠٧) . فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى خفض قلق الموت لدى عينه من الشباب ، رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٦- آمال عبدالسميع باظه (٢٠١٢) . جودة الحياه النفسيه ، القاهره ، الأنجلوالمصريه .

٧- أمل إبراهيم أبوبكر(٢٠١٥) . مستوى الضغوط النفسيه لمرضى السكرى وعلاقتها بجودة الحياه . رسالة ماجستير. كلية التربيه ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا .

٨- أميره مصطفى عبدالقادر (٢٠٠٥) . الضغوط النفسيه لمرضى السكرى وعلاقتها بالصحه النفسيه . رسالة ماجستير ، كلية التربيه ، جامعة الخرطوم .

٩- آيات فوزى على الدميرى (٢٠١٥) . فعالية برنامج إرشادى عقلانى إنفعالى لتحسين مستوى الرفاهيه النفسيه المدركه فى تقديرالذات والطمأنينه النفسيه وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينه من طلاب الجامعه . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة دمنهور .

١٠- بسمه أحمد السيد عويس (٢٠١٢) . فاعلية برنامج الإرشاد بالمعنى فى تخفيف الضغوط النفسيه لدى المراهقات الكفيفات . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة جنوب الوادى .

١١- تشيلى تايلور (٢٠٠٨) . علم النفس الصحى . ترجمة : وسام درويش بريك ، وفوزى شاكرداود . عمان ، الأردن : دارالحامد للنشروالتوزيع .

١٢- تنهيد عادل البيرقدار(٢٠١١) . الضغط النفسى وعلاقته بالصلابه النفسيه لدى طلبة كلية التربيه ، مجلة أبحاث كلية التربيه ، جامعة الموصل ، بغداد ، مجلد ١١ ، ع ١ ، ص ص ٢٨ – ٥٦ .

١٣– حرم الشيخ إدريس (٢٠١٠) . الضغوط النفسيه وعلاقتها ببعض المتغيرات بولاية الخرطوم ، رسالة ماجستيرغيرمنشوره ، جامعة الخرطوم .

١٤- حسام الدين محمود عزب (٢٠٠٤) . برنامج إرشادى لخفض الإكتئابيه وتحسين جودة الحياه لدى عينه من معلمى المستقبل ، مؤتمرالتعليم للجميع " التربيه وآفاق جديده فى تعليم الفئات المهمشه فى الوطن العربى " ، المؤتمرالعلمى السنوى الثانى عشرمن ٢٨ – ٢٩ مارس ، مجلة كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

١٥- حسن مصطفى عبدالمعطى (٢٠٠٥) . الإرشاد النفسى وجودة الحياه فى المجتمع المعاصر، المؤتمرالعلمى الثالث . الإنتماء النفسى والتربوى للإنسان العربى ، كلية التربيه ، جامعة الزقازيق ، المجلد الأول .

١٦- حسن مصطفى عبدالمعطى (٢٠٠٧) . المقاييس النفسيه المقننه ، الرياض ، مكتبة زهراء الشرق.

١٧- حنان مجدى صالح سليمان (٢٠٠٩) . المسانده الإجتماعيه وعلاقتها بجودة الحياه لدى مريض السكرالمراهق . رسالة ماجستير(غيرمنشوره) ، كلية التربيه ، جامعة الزقازيق .

١٨– حرم الشيخ إدريس (٢٠١٠) . الضغوط النفسيه وعلاقتها بالمتغيرات بولاية الخرطوم . رسالة ماجستيرغيرمنشوره ، جامعة الخرطوم .

١٩- خالد غازى المطيرى (٢٠١٠) . فعالية برنامج إرشادى فى التخفيف من الضغوط النفسيه لدى عينه من طلبة المرحله الثانويه فى دولة الكويت . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة طنطا .

٢٠- داليا سامى إسماعيل العبد (٢٠١٤) .الضغوط النفسيه لدى طلاب الجامعه وأساليب مواجهتها وعلاقتهما بالمسئوليه الإجتماعيه وجودة الحياه والتحصيل الدراسى . رسالة ماجستير، معهد البحوث والدراسات العربيه ، جامعة الدول العربيه .

٢١- رانيا الصاوي عبده عبد القوي (٢٠١٣) . فاعلية برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي لخفض الضغوط النفسيه والأفكار اللاعقلانيه وتحسين مستوي الرضا عن الحياه لطالبات جامعة تبوك . دراسات نفسيه وتربويه (مركز تطوير الممارسات النفسيه والتربويه) ، جامعة تبوك ، المملكه العربيه السعوديه .

٢٢- رغداء على نعيسه (٢٠١٢) . جودة الحياه لدى طلبة جامعتى دمشق وتشرين ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد ٢٨ ، العدد الأول ، ص ص ١٤٥ – ١٨١ .

٢٣- رئيفه رجب عوض (٢٠٠٠) . فعالية العلاج السلوكى المعرفى فى تخفيض الضغوط النفسيه والسلبيه لدى المراهقين من الجنسين . رسالة دكتوراه غيرمنشوره ، كلية التربيه ، جامعة طنطا .

٢٤- زينب محمود شقير(٢٠٠٢) . الأمراض السيكوسوماتيه ، القاهره ، مكتبة الهضه .

٢٥- زينب محمود شقير (٢٠٠٥) . الشخصيه السويه والمضطربه . القاهره ، مكتبة النهضه المصريه
.٢٦- زينب محمود شقير (٢٠١٠) . مقياس تشخيص معاييرجودة الحياه (للعاديين وغيرالعاديين) . القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٢٧- سامى أحمد حميده (٢٠٠٣) . فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى خفض مستوى العصابيه لدى عينه من الشباب الجامعى السعودى . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٢٨- سامى هاشم (٢٠٠١) . جودة الحياه لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعه . مجلة الإرشاد النفسى ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس . العدد الثالث عشر، ص ص ١٣٥ – ١٧٦ .

٢٩- سمرصلاح محمود السيد (٢٠١٠) .فاعلية برنامج إرشاد بالمعنى لتنمية مهارات التعامل مع الضغوط لدى عينه من المعلمات . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٣٠- سميره أحمد طرج (٢٠١٣) . تقديرالذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكرى . رسالة ماجستير ، كلية العلوم الإنسانيه والإجتماعيه ، جامعة محمد خضير، بسكره .

٣١- سميره على أبوغزاله (٢٠٠٧) . فاعلية الإرشاد بالمعنى فى تخفيف أزمة الهويه وتحسين المعنى الإيجابى للحياه لدى طلاب الجامعه ، المؤتمرالثانوى الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، المجلد الأول ، ص ص ١٥٧ – ٢٠٢ .

٣٢- سيد أحمد البهاص (٢٠٠٩) . فعالية الإرشاد بالمعنى فى خفض قلق العنوسه وتحسين الحياه لدى طالبات الدراسات العليا المتأخرات فى سن الزواج ، المجله المصريه للدراسات النفسيه ، العدد (٦٥) ، المجلد التاسع عشر، أكتوبر ، ص ص ١٦٨ - ٢١٣ .

٣٣- سيد أحمد البهاص (٢٠١١) . سيكولوجية غيرالعاديين (إعاقات جسميه وصحة وإضطرابات سلوكيه) ، كلية التربيه ، جامعة طنطا .

٣٤- سيد محمد صبحى (٢٠٠٧) . الشباب والضغوط النفسيه ، القاهره ، ميديا برنت للطباعه .

٣٥- سيد عبدالعظيم محمد (٢٠٠٦) . فعالية التحليل بالمعنى فى علاج خواء المعنى وفقدان الهدف فى الحياه لدى عينه من طلاب جامعة الإمارات العربيه المتحده . المؤتمرالسنوى الثالث عشر(الإرشاد من أجل التنميه المستدامه للفرد والمجتمع) مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص ١١١ – ١٥١ .

٣٦- سيد عبدالعظيم محمد ، محمد عبدالتواب معوض (٢٠١٢) . العلاج بالمعنى "النظريه ، الفنيات ، التطبيق" ، القاهره ، دارالفكرالعربى .

٣٧- صالحه مصباح أرجومة أغنيه (٢٠١١) . برنامج إرشادى لتحسين جودة الحياه كمدخل لخفض مستوى القلق لدى طالبات الجامعه . رسالة دكتوراه (غيرمنشوره) ، كلية البنات والعلوم والتربيه ، جامعة عين شمس .

٣٨- صبحى عبدالفتاح الكفورى (٢٠٠٠) . فاعلية برنامج علاجى سلوكى معرفى فى إدارة الضغوط النفسيه لدى عينه من طلاب كلية التربيه ، مجلة البحوث النفسيه والتربويه ، كلية التربيه ، جامعة المنوفيه ، العدد (١٥) ، ص ص ٩٧ – ١٥٩ .

٣٩- صبحى عبدالفتاح الكفورى (٢٠١٠) . جودة الحياه لدى مرضى السرطان ودور الإرشاد النفسى فى تحقيقها . المؤتمر العلمى السابع لكلية التربيه " جودة الحياه كإستثمار للعلوم التربويه والنفسيه " فى الفتره من ١٣ - ١٤ إبريل ، جامعة كفرالشيخ ، ص ص٦١ – ٦٢ .

٤٠- صلاح الدين محمد توفيق (٢٠١٠) . فلسفة جودة الحياه للطفوله العربيه المعاقه ، ورقة عمل مقدمه فى المؤتمر العلمى السابع لكلية التربيه ، جودة الحياه كإستثمار للعلوم التربوييه والنفسيه ، جامعة كفرالشيخ ، فى الفتره من ١٣ – ١٤ ابريل ، ص ص ٨٧ – ١٢٠ .

٤١- صلاح فؤاد مكاوى (١٩٩٧) . فاعلية برنامج العلاج بالمعنى فى خفض مستوى الإكتئاب لدى عينه من الشباب الجامعى . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٤٢- طه عبدالعظيم محمد (٢٠٠٦) . فاعلية التحليل بالمعنى فى علاج خواء المعنى وفقدان الهدف فى الحياه لدى عينه من طلاب جامعة الإمارات العربيه المتحده ، المؤتمر الثانوى الثالث عشر (الإرشاد من أجل التنميه المستدامه للفرد والمجتمع) ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص ١١١ – ١٥١ .

٤٣- طه وسلامه عبدالعظيم حسين (٢٠٠٦) . إستراتيجيات إدارة الضغوط التربويه والنفسيه ، الأردن ، دار الفكر .

٤٤- عاطف مسعد الحسينى (٢٠١١) . قلق المستقبل والعلاج بالمعنى ، القاهره ، دار الفكر العربى .

٤٥- عبير عبده عبدالرحمن الشرقاوى (٢٠١٣) . جودة الحياه وعلاقتها بالضغوط النفسيه المهنيه لدى المعلمات المبتكرات فى مرحلة ما قبل المدرسه . رسالة ماجستير (غير منشوره) ، كلية رياض الأطفال ، جامعة القاهره .

٤٦- عادل حامد حسن بشير (٢٠٠٦) . المرجع فى التأثيرات الجلديه والجنسيه لداء السكر ، المكتبه الوطنيه للنشر والتوزيع .

٤٧- عادل عزالدين الأشول (١٩٩٣) . الضغوط النفسيه والإرشاد الأسرى للمتخلفين عقلياً مجلة الإرشاد النفسى ، العدد (١) ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس .

٤٨- علاء عبدالباقى إبراهيم (٢٠١٥) . الأمراض النفسجسميه والسيكوسوماتيه (المفهوم – المنشأ – العلاج وإجراءات الوقايه) ، ط١ ، القاهره ، عالم الكتب .

٤٩- على عسكر (٢٠٠٠) . ضغوط الحياه وأساليب مواجهتها ، القاهره ، دار الكتاب الحديث .

٥٠- عصام بن حسن عويضه (٢٠٠٧) . الغذاء لعلاج السكرى القرن٢١ ، الرياض ، دارالعبيكان.

٥١- عماد محمود عطيه (٢٠١٤) . الصحه النفسيه المفهوم والأهميه والرؤيا المستقبليه ، الطبعه الأولى ، الدارالعالميه للنشروالتوزيع .

٥٢- عمرأحمد النعاس (٢٠٠٨) . الضغوط النفسيه وعلاقتها بالصحه النفسيه ، القاهره ، منشورات جامعة ٦ أكتوبر .

٥٣- فاطمة الزهراء الدمرداش محمد (٢٠١٦) . فعالية برنامج قائم على العلاج بالمعنى فى تنمية الشعوربالإنتماء الوطنى لدى طلاب الجامعه . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة كفرالشيخ .

٥٤- فتحيه السيد (٢٠٠٩) . الحراك المهنى للمرأه ونوعية الحياه (دراسه على عينه من النساء العاملات بجامعة المنصوره) . مجلد المؤتمرالإقليمى الأول لقسم علم االنفس ، كلية الأداب ، جامعة القاهره ، ص ص ٥٣٣ – ٥٩٥ .

٥٥- فتحى رزق العشرى (٢٠١٠) . تقييم جودة الحياه لدى ذوى الإحتياجات الخاصه ، المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه ، جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربويه والنفسيه ، فى الفتره من ١٣ – ١٤ إبريل جامعة كفرالشيخ ، ص ص ٢٠٧ – ٢١٩ .

٥٦- فوقيه حسن رضوان (٢٠٠٥) . علم النفس التطبيقى وجودة الحياه ، بحث مقدم بالمؤتمرالعلمى الثالث بعنوان " الإنماء النفسى والتربوى للإنسان العربى فى ضوء جودة الحياه " بقسم الصحه النفسيه مجلة كلية التربيه ، جامعة الزقازيق ، الفتره من ١٥- ١٦ مارس ، ص ص ٩٦ – ٢٠٤ .

٥٧- فوقيه حسن رضوان (٢٠٠٦) . الإعاقات الصحيه . القاهره ، دارالكتاب الحديث .

٥٨- فوقيه عبدالفتاح ، محمد حسين (٢٠٠٦) . العوامل الأسريه والمدرسيه والمجتمعيه المنبئه بجودة الحياه لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم . مجلد المؤتمرالعلمى الرابع دورالأسره ومؤسسات المجتمع المدنى فى إكتشاف ورعاية ذوى الإحتياجات الخاصه ، كلية التربيه ، جامعة بنى سويف ، ص ص ١٨٩ – ٣٦٩ .

٥٩- فتحى عبدالرحمن محمد (٢٠٠٥) . فاعلية العلاج بالمعنى فى تخفيف أزمة الهويه وتحقيق المعنى الإيجابى للحياه لدى المراهقين المعاقين بصرياً . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه بسوهاج ، جامعة جنوب الوادى .

٦٠- فيفرمحمد الهادى (٢٠٠٧) . ضغوط الحياه وعلاقتها بالتوافق المهنى دراسه مقارنه بين المرأه العامله فى المجال الأكاديمى والمجال الإدارى . رسالة دكتوراه ، كلية الأداب ، جامعة عين شمس

٦١- فيكتورإيميل فرانكل (١٩٨٢) . الإنسان يبحث عن المعنى ، ترجمة طلعت منصور، الكويت ، دارالقلم .

٦٢- فيكتورفرانكل (٢٠١٧) . الإنسان والبحث عن المعنى . معنى الحياه والعلاج بالمعنى ، ترجمة طلعت منصور، القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٦٣- فيكتورفرانكل (٢٠٠٤) . إرادة المعنى ، أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى ، ترجمة إيمان فوزى القاهره ، دارزهراء الشرق .

٦٤- محمد إبراهيم ، سيده صديق (٢٠٠٦) . دورالأنشطه الرياضيه فى جودة الحياه لدى طلبة جامعه السلطان قابوس . مجلد بحوث ندوة علم النفس وجودة الحياه ، كلية التربيه ، جامعة السلطان قابوس.

٦٥- محمد أحمد سعفان (٢٠١١) . التعلم الوجدانى الطريق لتحقيق جودة الحياه . القاهره ، دارالكتاب الحديث .

٦٦- محمد السعيد أبوحلاوه (٢٠١٠) . جودة الحياه : المفهوم والأبعاد . المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه ، جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربويه والنفسيه ، فى الفتره من ١٣ – ١٤ إبريل ، جامعة كفرالشيخ ، ص ص ٢٢١ – ٢٥٤ .

٦٧- محمد بحل منورالشمرى (٢٠١٤) . الضغوط النفسيه وعلاقتها بالصلابه النفسيه لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتيه . رسالة ماجستير، كلية العلوم الإجتماعيه والإداريه ، جامعة نايف العربيه .

٦٨- محمد بن سعد الحميد (٢٠٠٨) . داء السكرى أسبابه ومضاعفاته وعلاجه ، الرياض ، ط١

٦٩- محمد حسن على الأبيض (٢٠١٠) . مقياس معنى الحياه لدى الشباب . مجلة كلية التربيه ، جامعة عين شمس ، مجلد (٣) ، العدد (٣٤) ، ص ص ٧٩٩ – ٨٢٠ .

٧٠- محمد حسن غانم (٢٠٠٨) . الشباب المعاصروأزماته . القاهره ، مكتبة الدارالعربيه للكتاب .

٧١- محمد نجاتى الغزالى (٢٠١٢) . تغذية مرضى السكر، القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٧٢- محمود عبدالحليم منسى وعلى مهدى كاظم (٢٠٠٦) . مقياس جودة الحياه لطلبة الجامعه . كلية التربيه ، جامعة السلطان قابوس .

٧٣- محمود عطيه (٢٠١٠) . ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها . القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه.

٧٤- مصطفى عبدالمحسن الحديبى ، على أحمد السيد (٢٠١٣) . علم النفس الصحى المفاهيم الأساسيه الرياض ، دارزهراء الشرق .

٧٥- مفتاح محمد عبدالعزيز (٢٠١٠) . مقدمه فى علم نفس الصحه – مفاهيم – نظريات – نماذج – دراسات ، عمان : داروائل للنشر .

٧٦- موريس عطيه (١٩٩٣) . الداء السكرى وكيف نتعايش معه . الرياض ، دارالشواف .

٧٧- نادرفهمى الزيود (١٩٩٨) . نظريات الأرشاد والعلاج النفسى ، عمان ، دارالفكر .

٧٨- ناجى محمود النواب وجباروادى العكيلى (٢٠١٤) . ضغوط الحياه وعلاقتها بمعنى الحياه والرضا عنها لدى طلبة الجامعه . مجلة كلية التربيه الأساسيه – جامعة الكويت ، ص ص ٥٢٥ – ٥٨٠ .

٧٩- ناجى داوود إسحاق السيد (٢٠١٣) . مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسيه ، كلية الآداب ، جامعة المنيا .

٨٠- نبيل عبدالفتاح حافظ (٢٠٠٨) . محاضرات بعض نظريات النمو والإرشاد التربوى والمهنى وبعض أشكال العلاج النفسى نظرياً وتطبيقياً . القاهره ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٨١- نجلاء محمد عبدالمعبود محمد (٢٠١٢) . فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى تنمية مهارات مواجهة الضغوط النفسيه لدى عينه من طلبة الجامعه . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٨٢- هارون توفيق الرشيدى (١٩٩٩) . الضغوط النفسيه : طبيعتها – نظريتها – برنامج لمساعدة الذات فى علاجها ، القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٨٣- هناء أحمد محمد شويخ (٢٠٠٨) . بعض منبئات سلوك الإمتثال للنصح الطبى لدى مرضى النوع الثانى من مرضى السكرى ، دراسات نفسيه ، مج ١٨ ، ع١٣ ، يوليو٢٠٠٨ ، ص ص ٤٦٧ – ٥٢٣.

84- Alzaem , A : sulaim . , s Gillani , . (2010) : Assessment of the Yalidty and reliability for a newly deyeloped stress in academie life scals (SAES) For pharmacy undergraduates . International Journal of collaborative Research on Internal medicine and public Health , pp : 239 -256 .

85- Baker , M . (2001) . logo therapy as A means to overcome the crises of meaning associated with dependency and loss of Autonomy in Relation to Aging , A graduate Research paper submitted in partial Requirement for the course Aging and the search for meaning luther seminary .

86- Berlin , Kristoffer S ; Rabideau , Erin M ; Hains , Anthony A . (2012) . Journal of Pediatric Psychology , 37 (9) ,(2012) , Pp . 990 – 998 .

87- Berlin , Kristoffer S ; Hains , Anthony A ; Kamody , Rebecca C ; Kichler , Jessica C ; Davies , W . Hobart . (2015) . Journal of Pediatric Psychology, 40 (5) , 2015 , Pp . 492 – 499 .

88- Betton , A . (2004) .psyhological well – Being and spirituality among African American and European American college students . ph .D., the ohio state university , (p . 1-24) Availabel on line at http : // www. Lib . umi . com / Dissertations / search / AAt3146293.

89- Broder , Hillary l ; Wilson – Genderson , Maureen ; sischo , lacey. (2016) . journal of Quality of life Aspects of treatment , car & Rehabilitation . no pagination specified .

90- Cline , Ginger Depp ; Schwartz , David D ; Axelrad , Marni E ; Anderson , Barbara . (2011) . Journal of Clinical Psychology in Medical Settings , 18 (4) , 2011 , Pp . 416 – 422 .

91- Dsokiy , R . M .(2008) . Assessment of plasma Homocysteine , folat and vitamin B 12 levels in children with Type 1 Diabetes , md , faculty of Medicine , cairo university .

92- Eum , Clara , A Phenomenological study of never marrid women , psychology – clinical , dissertation abstracts , vol . 66 (11 b) , 2007 .

93- Frankl , victor E . (1967) . psychotherapy and Existentialism . New york : Benguim Books .

94- Frankl , l , v . (1973) . the doctor and the soul , Alfred A . knopf . ink .

95- Frankl , v . E (1978) . the unheard cry for meaning London , hodder and toughe

96- Gangi . M . Asfqgir . A . Dootsi . y (2014) . psychological hardiness and stress management strategies among diabetics and nonddiabetics . journal of psychology and behavioral studies . (2) 76 – 82 .

97- Gravels , c . & wandell , p , coping strategies in men and women with type ii diabetes in Swedish primary care , diabetes research and clinical practice , 2006 , 71 (3) , pp 280 – 589 .

98- Hamidi , s . , yetkin , A . , & yatkin , y . (2010) . the meaning of life : Health , disease , and the naturpathy . journal of psychology and counseling , 2 , (1) , p 9 – 16 .

99- Handelsman , Y m (2009) . A Doctors Diagnosis : prediabetes power of prevention , vol , Issues .

100- Holmes , T.H . & Rahe , R.H (1967) . The social readjustment rating scale . Journal of psychosomatic Research . 11 , 213-218 .

101- Hutzell , R . R . & Jerkins , M . E . , (1990) . The use of logo therapy technique in the treatment of multiple personality disorder , . Dissertation 3 (2) Pp 88 – 93 .

102- International Diabetes Federation (2012) . the iDf Diabetes Atlas . 5th ed . Brussels : International Diabetes Federation .

103- Johston , cA , tyler , s & foreyt , J , p . (2010) . behavioral management of obesity Journal of psychosomatic Research pP . 448 – 530 .

104- Julom , A . M . & Guzman , R . (2013) . the Effectiveness of logotherapy program in Alleviating the sense of meaning lessness of paralyzed in patients the international Journal of psychology & psychological therapy 13 (3) , pP 357 – 371

105- Kamody , Rebecca C ; Berlin , Kridtoffer S ; Hains , Anthony A ; Kichler , Jessica C ; Davies W . Hobart ; Diaz – Thomas , Alicia M ; Ferry , Robert J Jr . (2014) . Journal of Pediatric Psychology . vol . 39 (10) , 2014 , Pp . 1138 – 1148 .

106- Khan , R , weir , G , king , G , jacoson , A moses , A smith , R . (2005) . Joslins Diabetes Mellitus , 14 th Ed , Boston .

107- Koliopulos M . (2005) . Holist nurse practioner , vol 19 , No . 3 , pP 134 – 137.

108- Martinez ,E . y . & florez , I . A (2015) . Meaning centerd psychotherapy : A socratic clinical practice , journal of contemporary psychotherapy , 45 (1) , pP 37 – 48 .

109- Mason , H . D . (2014) . the use of longanalysis in a student counseling context , Journal of counseling and development in higher education southern Africa , 2 (1) , pP 41 – 50 .

110- May , Rollo . (1938) . The discovery of being , New york , Norton & Co . Inc

111- Marshall , M (2009) . life with Meaning . , Canada , Martitime institauate of logo therapy , Halifax , pp 79 – 80 .

112- Mcdougall , janette ; Baldwin , patricia ; Evans , jan ; Nichols , Megan ; Etherington , Nicole ; Wright , Virginia . (2016) . Applied Research in Quality of Life . Vol . 11 (2) , 2016 , Pp. 571 – 599 .

113- McGuire , Joseph F ; Arnold , Elysse ; Park , Jennifer M ; Nadeau , Joshua M ; Nadeau , Joshua M ; Lewin , Adam B ; Murphy , Tanya K ; storch , Eric A . (2015) . Psychiatry Research , 225 (3) , 2015 , Pp . 571 – 579 .

114- McveiGh , k , h . Mostashari , f &Thorpe , le . serious psychological distress among person with diabetes , (2003) , 201 . www . cdc . gov / od / oc media / mmwrnews / no4112 – 6.htm new york : springer publishing company .

115- Ornelas , s . , & kleiner , B . (2005) . NeW developments in managing job related stress . Guide , Emerald (ED.) , stress Management (pP. 64 – 70) . Bradford , GBR: Emerald Group Publishing ltd : // stie . ebrary . com . elib . unizwa . edu . om .

116- Ryff , c, love , G . , urry , h ., Muller , D ., Rosen kranz . M ., friedman . E ., Davidson . R, m & singer . B . (2006) . psychological Well – Being and i11-Being : Do they Have Distinct or Mirrored Biological correlates . psychotherapy psychosomatics , 85 – 95 .

117- Somov , p.G. (2007) Group Application of logotherapy for substance use Treatment , journal for specialists in Group work , 32 (4) , pP 316-345 .

118- Sonja , J . (2005) . ortheo pediatric patients using Art Therapy their Distinctive features in Art creations During Hospitalization , Master of Arts (creativets Therapies) , Concordia University Canada .

119- Steven , M . D . (2008) logo therapy as an adjunctive treatment for chronic combat related ptsD : A meaning based intervention . American journal psychotherapy , 62 , 2 .

120- Straub , R. o. (2012). Health psychology : A biopsychosocial approach (3 rd Ed). New york : worth publishers .

121- Sorour , M . (2005) . Effect of walking training on the quality of life of the sedentary elderly subject . ms ; faculty of physical therapy , cairo university.

122- Tan , sim , yin . (2016) . Health related quality of life and positive mental health indicators in youth with Human immunodeficiency virus , section B : the sciences and Engineering , 12-76 , pp . no pagination specified .

123- Tennant pw , bilous rw , prathapans , bell R, (2015) . Risk and recurrence of serious adverse out comes in the First and second pregnancies of women with preexisting diabetes . Diabetes care . 38 (4) :610 – 619 .

124- Ventegodt , s .Merrick , J . Andersen , N . (2003). Quality of life theory I . the iQol theory : an integrative theory of the global quality of life concept scientific worled journal , vol , 3 , p.p 1030 – 1040 .

125- Whitne E , pinna k , Rdfe ss , (2012) . Normal and clinical Nutrition g Th edition , u . k .

126- Wild , s . Roglic , G ; Green , A ; sicree , R ; king , H . (2004) . Global prevalence of Diabetes – Estimates for the year 2000 and projections for 2030 , Epidemiology Health services psychosocial Research , Diabetes care , 27 , Number 5 .

127- Zika , s . & chamberlain , k . (1992) . on the relation between meaning in life and psychological well being the British journal of psychology , pP 133 – 145 .

الفصل الثالث

البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي

أولاً: مفهوم البرنامج "العقلاني الانفعالي" السلوكي

ثانيًا: نظرية إليس في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي

ثالثًا: مميزات استخدام الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي

رابعًا: الانتقادات الموجهة للبرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي

خامسًا: أهداف العلاج "العقلاني - الانفعالي" السلوكي

سادسًا: فنيات العلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي

سابعًا: الأفكار العقلانية واللاعقلانية

الفصل الثالث

البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي

البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي *Rational-Emotive-Behavior Program*:

بدأ إليس Ellis, A الاتجاه العقلاني الانفعالي الســــلوكي عام ١٩٥٥ وكان يُعرف آنذاك بالعلاج العقلاني، ثم أضـــاف له عام ١٩٦١ مصـــطلح الانفعالي، وظل كذلك إلى أن أضــاف له عام ١٩٩٣ مصـطلحاً آخر وهو "السـلوكي" ليصـبح مسـماه الأخير هو "العلاج العقلاني الانفعالي السـلوكي" ويرى إليس أن هناك تداخلاً وتشـابكاً بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت، ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر، ويعتقد إليس أن الاضـــطراب النفســـي والانفعالي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني، واللامنطقي، وعلى ذلك قام بتقديم إحدى عشـــر فكرة لاعقلانية من واقع المجتمع الأمريكي، رأى أنها ربما تكون مسئولة عن العُصـاب، وأن التخلص من هذه الاضـطرابات يكمن في تعديل هذا التفكير اللاعقلاني واسـتبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى عقلانية، ثم قدم إليس النموذج الشــهير ABC حيث أن (A) هي الأحداث المنشــطة، و (B) هي نظام المعتقدات والتفكير، و (C) النتائج المترتبة، ويرى خلاله أن الحدث المنشـــط لا يؤدي إلى نتيجة بل يؤدي بدلاً من ذلك إلى الاعتقاد، والاعتقاد هو الذي يؤدي إلى نتيجة (Ellis, & Dryden, 2007).

عندما بدأ إليس طريقته العلمية بدأ بالجانب العقلاني؛ حيث ركز على الأفكار غير المنطقية التي يتصـــورها الفرد عن نفســـه وعن الآخرين، ولما رأى أن النواحي العقلية ليســـت بمعزل عن النواحي الانفعـاليـة أطلق عليـه العلاج العقلاني الانفعـالي ثم أطلق عليـه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (محمد عبد الظاهر الطيب، ٢٠٠٠، ٣٩٧).

أولاً: مفهوم البرنامج "العقلاني الانفعالي" السلوكي:

يعرف البرنامج العقلاني الانفعالي السـلوكي بأنه: إعادة بناء الفرد لفلسـفته في الحياة بصـــورة شـــاملة، وان ذلك هو الحل الذي للمشـــكلات الإنســـانية، أما الحل غير الذكي فإنه يتضمن تعديل معرفيات معينة، أي ما هو أقل من تغيير فلسفي شامل (لويس مليكة، ١٩٩٤، ١٩٢).

ويعرف بأنه: مدخل معرفي- سـلوكي نماه وطوره ألبرت إليس قائم على وجهة النظر القائلة بأن المشكلات والاضطرابات الانفعالية تنبع من الاتجاهات الخاطئة والمشوهة، وهذه الأفكار تكرر نفسها على شكل قناعات مستدخلة مثل: إنه من الأفضل أن نتجنب الصعوبات بدلًا من مواجهتها، وفي عملية العلاج يكشف النقاب عن الاتجاهات غير العقلانية بالمواجهة المباشرة، وتتغير عندما يتضح للمريض أنها هي التي تولد له المتاعب والمشكلات، ويتم ذلك من خلال فنيات وأساليب علاج السلوك (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٥، ٣١٧١).

كما يعرف بأنه: إرشاد مباشر موجه، يستخدم فنيات تربوية معرفية وانفعالية لمساعدة العميل لتصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي سلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوك سوي (حامد زهران، ٢٠٠٥، ٣٦٥).

ويعرف باعتباره نسقًا للعلاج النفسي، يعلم الأفراد كيف يحددون أنساق اعتقاداتهم بدرجة كبيرة، وردود أفعالهم الانفعالية والسلوكية تجاه أحداث الحياة (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ١١١).

كما يعرف بأنه: منحى علاجي له فكرة يقوم عليها وأهداف يسعى إليها، وافتراضات ينطلق منها، وأن الاضطرابات الانفعالية والنفسية تعد إلي درجة كبيرة نتيجة تفكيره بطريقة غير منطقية وغير عقلانية (محمد عبد الظاهر الطيب، ٢٠٠٠، ٣٩٧).

وعرف ألبيرت إليس العلاج العقلاني الانفعالي بأنه:

- محاولة إدخال المنطق والعقل في الإرشاد والعلاج النفسي، وهو قام على تعديل المعلومات والأفكار الخاطئة التي تتم في الطفولة، ومساعدة المريض على تعليمه كيف يتعرف على أفكاره غير العقلانية وكيف ينظم تفكيره ويغيره بأسلوب عقلاني في مواجهة واضطراباته.
- علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقدات غير عقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي. (حامد زهران، ٢٠٠٥، ٣٦٦)

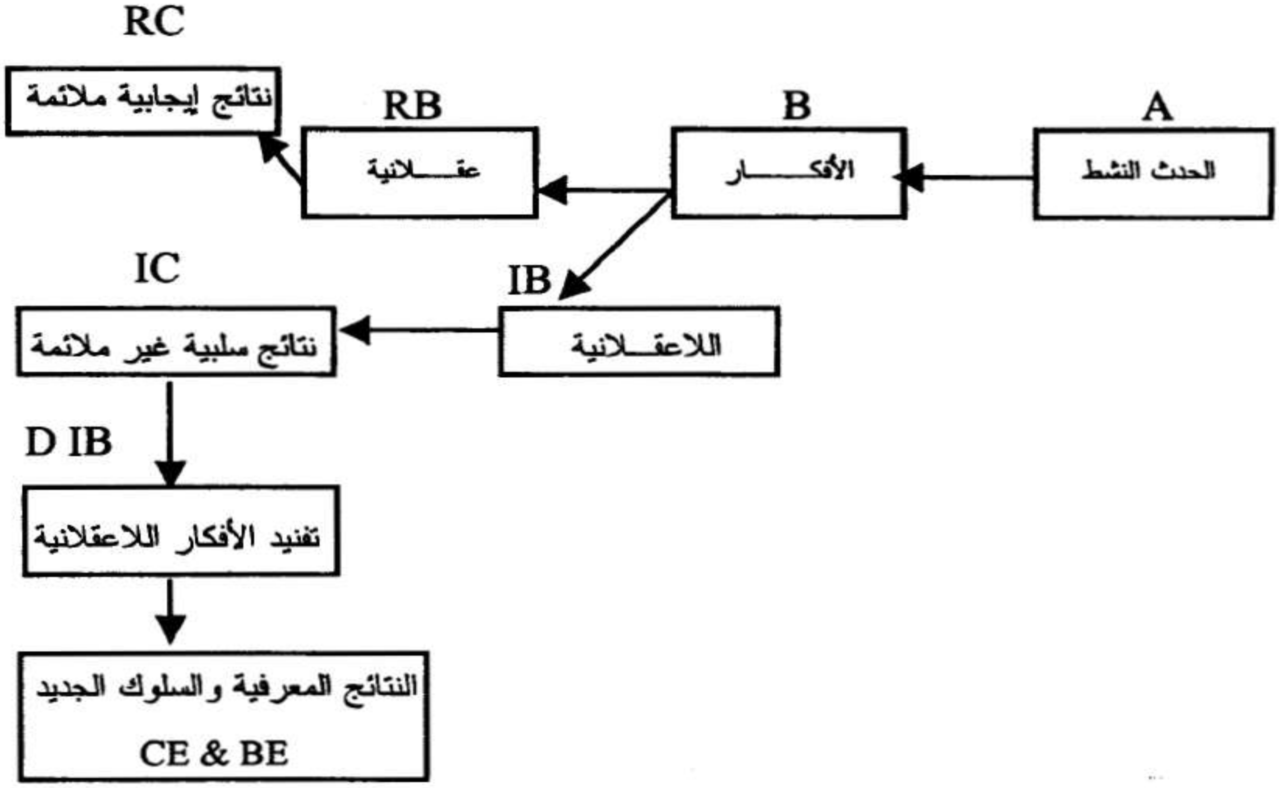
ويعرف البرنامج العقلاني الانفعالي السـلوكي بأنه: أحد أسـاليب العلاج المعرفي الحديث والذي وضـع أسسه ألبرت إليس ويفترض أن أنماط التفكير الخاطئة تسبب السلوك المضـطرب، ويهدف هذا الأسـلوب العلاجي إلى تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية والخاذلة للذات، وتعليم العميل أسـاليب أخرى أكثر عقلانية وأكثر إيجابية (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٨، ٢١٢).

وتعرف الباحثة البرنامج العقلاني الانفعالي الســـلوكي بأنه: مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تهدف إلى مساعدة المراهق الكفيف على تصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها اضطراب انفعالي سلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوك سوي.

ثانياً: نظرية إليس في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

التفكير والانفعال بينهما إحالة متبادلة وطريقة تفكيرنا ومعتقداتنا تمثل عملية وسيطة بين المثير والاستجابة.

فالحدث (A) لا ينتج عنه النتيجة الانفعالية (C) ولكن معتقدات الشخص (B) هي التي ينتج عنها الاستجابة (C) كما يتضح في الشكل (١) التالي:



شكل (١) نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي

(Ellis et al., 2007, 35)

(A) الحدث النشط Activating، وهو يمثل شخص أو حدث أو اتجاه.

Belief(B) نظام اعتقاد الفرد وتفسيره للحدث ((A.

(C) النتيجة السلوكية والانفعالية كرد فعل للمعتقدات تجاه الحدث (A) كانفعال جديد ملائم.

(D) وهى التفنيد Disputing والمجادلة Debating والتوضيح Defining حتى يكتسب سلوك جديد (E).

(E) فلسفة جديدة إيجابية ملائمة للموقف وعقلانية.

(F) المشاعر الإيجابية المترتبة على الحدث ((A.

ثالثًا: مميزات استخدام الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

تتعد مميزات استخدام الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، ومنها:

- مناسب لمجتمعنا حيث أن المعتقدات اللاعقلانية و الأفكار الخرافية كثيرة.
- أنه إرشاد يعتمد على مواجهة المسترشد بأخطائه بديلاً عن مجرد الاستماع السلبي.
- تصل نسبة التحسن باستخدامه إلى حوالي ٩٠% من الحالات ويؤتى العلاج ثماره عندما يستخدمه المعالج الكفء مع المريض الذكي.
- يناسب مجتمعنا؛ حيث أن المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخرافية كثيرة.
- يُعتبر أسلوباً مثالياً لتغيير المعتقدات غير العقلانية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
- يُحصن المريض من الأفكار غير العقلانية مستقبلاً.
- أسلوب يُظهر التكامل والاندماج بين عمليتين أساسيتين هما التفكير وما يترتب عليه من انفعالات.
- يُعتبر العلاج العقلاني رائداً من حيث تقديمه للأفكار اللاعقلانية، ومحاولة إظهار المخطأ بها لمحاولة استبدالها بأفكار ومعتقدات أخرى صحيحة.
- اهتم العلاج العقلاني الانفعالي بتاريخ الحالات، وتتبع نشأة الفكرة اللاعقلانية للمريض، لأن ذلك التتبع يتيح للمعالج كيفية التخلص منها وتوضيح خطأها للمريض.
- يستخدم في إزالة الأعراض النفسية المصاحبة لاضطرابات الكلام.
- يستخدم لعلاج ومواجهة الخجل.

- أثبت العلاج العقلاني الانفعالي تأثيره القوي في التكامل مع العديد من العملاء في أماكن مختلفة، بالهجوم على الأفكار اللاعقلانية، وإرغام العملاء على التخلي عنها، مع استخدام بعض الأساليب السلوكية العاطفية التي تميز أسلوبه عن بقية الأساليب.

يتفق كل من (إجلال سري ٢٠٠٠، ١٧٧؛ وحامد زهران، ٢٠٠٥، ٣٧٤؛ وسفيج وآخرون Suveg et al., 2008, 343؛ وسلوى محمد علي، ٢٠٠٩، ٤٥١) على أن استخدامات العلاج العقلاني المعرفي تتعدد ومنها:

- الأمراض العصابية: مثل القلق، والاكتئاب.
- الاضطرابات السلوكية: مثل الإدمان، والسيكوباتية.
- المشكلات الاجتماعية: مثل المشكلات الزواجية، والمشكلات الأسرية، ومشكلات الشباب.

رابعًا: الانتقادات الموجهة للبرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يذكر كل من (إجلال سري، ٢٠٠٠، ١٧٧؛ ومفتاح محمد عبد العزيز، ٢٠٠١، ٥٢؛ وإيهاب غرابة، ٢٠٠٣، ٦٥؛ وحامد زهران، ٢٠٠٥، ٣٧٤) مجموعة من الانتقادات الموجهة إلى البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي، ومنها:

- يُعمم أفكار بذاتها على أنها غير عقلانية عبر كل الثقافات، وهذا يتناقض مع الخصوصية الثقافية لكل مجتمع.
- لا يستخدم مع المسنين ولا الأطفال صغار السن.
- الادعاء بأن أفكاراً لاعقلانية هي لاعقلانية على نحو مطلق.
- يعتبر نوعاً من غسيل المُخ، أو العلاج التسلطي.
- لا يصلح للاستخدام مع الأفراد ذوي الذكاء المحدود.
- يؤثر فقط في إزالة الأعراض دون علاج الاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها المريض.
- لا يروق لبعض المرضى الهجوم على أفكارهم، فقد يؤدي الهجوم المباشر على معتقداتهم إلى المقاومة.
- قد يؤدي إلى اعتماد المريض على المعالج.
- يتعامل بسطحية مع العملاء، ليتوافقوا مع مواقف الحياة البسيطة.

خامسًا: أهداف العلاج "العقلاني - الانفعالي" السلوكي:

يقوم العلاج النفسي عمومًا على استخدام وتطبيق مبادئ النظرية في مساعدة الآخرين على ما يواجهونه من مشكلات، وتحقيق حياة أكثر إرضاء وسعادة، وكل من يعمل في مجال الإرشاد أو المعالج النفسي يستخدم افتراضاته حول الطبيعة الإنسانية ومبادئ السلوك، والتغيير نحو الأفضل وتحقيق سلام مع ذواتهم ومع الآخرين، وتحقيق الحياة التي يرتضونها لأنفسهم (Capuzzi & Stauffer, 2016, 22).

فيؤمن أنصار العلاج المعرفي السلوكي مهما تباينت مفاهيمهم، واختلفت وجهات نظرهم، وأطرهم المرجعية بأن الاضطرابات النفسية أو العقلية، لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها الأفراد نحو أنفسهم وعالمهم، واتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو الآخرين، وأن العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية الفرد، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢٧٤).

ويبرر محمد الشناوي ومحمد السيد (١٩٩٨، ٢١١) ظهور العلاج المعرفي السلوكي كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية، فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغيرات مباشرة في الناحية المعرفية للفرد، والاهتمام فقط بتغيير السلوك.

ومن ثم فإن العلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي يهدف إلى إكساب الفرد "الاستبصار" على ثلاث مراحل هي:

- فهم ارتباط الاضطرابات الانفعالية بأسباب سابقة تكمن أساساً في معتقدات الفرد، وليس في إطار أحداث نشطة حاضرة أو في الماضي.
- اعتراف الفرد اعترافًا كاملاً بالمسئولية عن اضطرابه الانفعالي في الماضي، وأن كونه ما زال مضطربًا في الوقت الحاضر، فهذا يدل على أنه مازال يفرض على نفسه نوعًا من المعتقدات الخطأ، ويدعمها عن طريق أفكاره اللاعقلانية، فإذا لم يعترف الفرد بمسئوليته عن استمرار هذه المعتقدات اللاعقلانية، وضرورة مواجهتها، فإنه من غير المحتمل أن يحاول التخلص منها.
- اعتراف الفرد بوضوح تام بأن نزعته للتفكير هي التي خلقت اضطرابه الانفعالي.

ويذكر باترسون Patterson (١٩٩٠) أن العلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي يهدف إلى خفض مستوى القلق، والغضب، والعدوانية، إذ يهيئ للفرد طريقه تساعده على التقليل من لوم الذات، ولوم الآخرين، وذلك من خلال التحليل المنطقي لمشكلاته، وينطوي الهدف ضمناً من العلاج " العقلاني – الانفعالي " على: الاهتمام بالذات، والاعتراف بحقوق الآخرين، والاستقلالية، والقدرة على تحمل المسئولية، والتسامح مع أخطاء الغير، والمرونة وقبول التغيير (Patterson, 1990, 28).

كما حدد إليس وبرنارد Ellis & Bernard (2013) بعض الأهداف التي يحاول المعالج " العقلاني – الانفعالي " السلوكي أن يكسبها للأفراد وهي:

- الاهتمام بالذات: وضع المصالح الذاتية قبل مصالح الآخرين دون أنانية.
- التوجيه الشخصي: اعتماد الفرد على ذاته أكثر من اعتماده على الآخرين.
- تحمل الإحباط: التدريب على تحمل المواقف المحبطة للذات، والقدرة على التعامل معها.
- المرونة: القدرة على التكيف والانفتاح مع الآخرين.
- التفكير العلمي: دراسة الأدلة على المعتقدات حتى تكون أكثر موضوعية في الحياة.
- الواقعية: قبول ما هو واضح تجريبياً، ويمكن تحقيقه.
- المغامرة: إن المغامرات المحسوبة غير الحمقاء هي التي تثري حياة الفرد.
- تقبل الذات: التقبل الإيجابي غير المشروط الذي لا يرتبط بعوامل خارجية.
- الأهداف الخارجية: بدلًا من الإغراق في التوجه المفرط نحو الذات.
- المسئولية الذاتية عن الاضطرابات الانفعالية: أن الفرد هو المسئول عن اضطراباته الانفعالية، ولا يجوز لوم الآخرين.

ومما يجدر ذكره أن برنامج العلاج " العقلاني – الانفعالي " السلوكي الذي تقدمه الدراسة الحالية في تحسن جودة الحياة لدى المكفوفين قد تتناول هذه الأهداف من خلال جلساته، كما سيرد تفصيلاً فيما بعد.

سادسًا: فنيات العلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي:

يشـير سـميرة شـند ومجدي الدسـوقي (٢٠٠٣، ٢٤) أن من أهم فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي تعليم العملاء منذ الجلسة الأولى أن الأحداث النشطة المؤسفة (A) تساهم في الانفعالات، ولكنها في الواقع لا تزعجهم أو تجعلهم مضـــطربين (C) ولكنهم يزعجون أنفســـهم أساساً بمعتقداتهم وأفكارهم (B) بشأن الأحداث النشطة (A)، لذا يجب أن يعرفوا الفرق الشاسع بين المعتقدات العقلانية (RB)، والمعتقدات اللاعقلانية (LB) التي هي ســـبب اضـــطرابهم، ويتعلموا كيف يناقشــون ويفندون (D) هذه المعتقدات اللاعقلانية (IB) حتى يصـلوا إلى فلسـفة وسلوكيات جديدة وفعالة (E).

ويمكن تصـــنيف فنيات العلاج " العقلاني – الانفعالي " الســلوكي إلى: فنيات معرفية، وفنيات انفعالية، وفنيات سلوكية على النحو التالي:

(١) الفنيات المعرفية: Emotive Techniques:

وهي الفنيات التي تســاعد الأفراد على تغيير أفكارهم وطريقة تفكيرهم غير العقلانية، وفلسفتهم غير المنطقية، واستبدالها بأفكار عقلانية، وطريقة تفكير منطقية، وبناء فلسفة جديدة لحياتهم تقوم على العقلانيـة، ويعرض إليس (Ellis, 1997, 12-13) ؛ وعادل عبد الله (٢٠٠٠، ٦٤)؛ وسميرة شند ومجدي الدسوقي (٢٠٠٣، ٢٤) ؛ وأحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠١١، ٣٠٦)، وكابيوز وستوفر ((Capuzzi & Stauffer, 2016, 68 بعضها كالتالي:

أ- العلاج النشط – الموجه Active – Directive Therap :

يوجد لدى الأفراد ميولاً فطرية وميولاً مكتسبة تجعلهم مضطربين انفعالياً، وتجعل سلوكهم مختلاً وظيفياً، ونظراً لأنهم يفكرون ويشعرون ويتصرفون بأساليب انهزامية وتدميرية، فإنهم يتجهون لتلقي مزيداً من المساعدة الفعالة من العلاج النشط الموجه.

ب- التفنيد والتشجيع Disputing and persuasion:

غالباً ما يتمســـك الأفراد بالمعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي تجلب لهم المشـــاعر الانهزامية المدمرة للذات، مما يؤدي إلى عدم توافقهم مع المجتمع، لذا ينبغي أن يقوم المعالج أو غيره من الأفراد ذوي التأثير كالأب بمســـاعدة الأفراد في توضـــيح هذه الأفكار اللاعقلانية عن طريق الحوار الجدلي المقنع، مع توضيح أن معتقداتهم اللاعقلانية لا يمكن التمسك بها كحقيقة، وأن اســتمرارهم في اعتناق تلك المعتقدات اللاعقلانية يســبب لهم الضــرر بلا داعٍ ، ويتضــمن العلاج "العقلاني – الانفعالي" السـلوكي اسـتخدام أسـلوب الدحض النشـط المباشـر، مع سـؤال الأفراد عن فلسفاتهم اللاعقلانية، وإقناعهم وحثهم على تبني معتقدات أكثر عقلانية.

ج- اختيار التغيير السلوكي Choice of behavioral change:

بالرغم من عدم وجود الإرادة الحرة الخالصة، وتدخل مجموعة من العوامل البيولوجية والبيئية في السلوك الإنساني، إلا أن الأفراد يمتلكون قدراً من الاختيار ليقوموا ببعض الأعمال أو يرفضوا أعمالاً أخرى، وعلى ذلك فإن الأفراد يمكنهم أن يغيروا انفعالاتهم وسلوكهم المضطرب، وأن يختاروا طرقاً جديدة وفعالة تمكنهم من الاستفادة من طاقتهم الكامنة، وتزيد حبهم للحياة، والعلاج " العقلاني – الانفعالي " السلوكي يساعد الفرد بالطرق المنطقية للاختيار والمقارنة بين البدائل بما ينعكس على تغيير سلوكيات الأفراد، وقدرتهم على اختيار السلوك المناسب لهم مما يتيح استثمار إمكانياتهم.

د- التربية والمعلومات Education and Information:

تعد الاضطرابات الانفعالية نتيجة لما قد يكتسبه الأفراد بالتعلم عن طريق أنفسهم، أو عن طريق الآخرين، من خلال بعض الأساليب المعرفية والسلوكية غير الملائمة، وبالتالي فإن استخدام الطرق التربوية وتعلم اكتساب المهارات، يعد إحدى فنيات العلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي، الذي يهتم في مثل هذه الحالات بالتعلم، وإعطاء الأفراد معلومات صحيحة، وتعليمهم وتدريبهم على أساليب التفكير العلمي التي تساعدهم في تنمية الوعي بذواتهم، وتعديل سلوكهم، وخفض الاضطرابات الانفعالية لديهم.

هـ- حل المشكلات Problem Solving:

يميل الإفراد إلى استخدام أسلوب حل المشكلات، والأساليب المعرفية ذات الصلة في التعامل مع اضطراباتهم الانفعالية وسلوكياتهم المختلة وظيفياً، ويؤدي القصور في مهارات وقدرات حل المشكلات إلى المزيد من الاضطرابات الانفعالية والمسالك السالبة، ومن ثم فإن العلاج " العقلاني – الانفعالي " السلوكي يساعد الأفراد على تعلم مهارات حل المشكلات، وذلك بتدريبهم على: تحديد وتحليل المشكلة، وطرح جميع الاحتمالات الممكنة لحلها، ثم الاختيار بين البدائل، وصولاً إلى الحل المناسب، وذلك يتطلب من الفرد في كل موقف: الفهم العميق للمشكلة، والاستبصار بكل جوانبها، وإدراك الحقائق وربط الأحداث بالنتائج، مما يؤدي إلى تغيير الانفعالات ثم السلوكيات.

(٢) الفنيات الانفعالية: Emotive Technique:

وهي الفنيات التي تتعرض لمشـاعر الأفراد وأحاسـيسـهم، وردود أفعالهم تجاه المواقف والمثيرات المختلفة، ويذكر إليس (Ellis, 1997, 16-18 ؛ وعادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٦٤؛ وهشام الخولي، ٢٠٠٧، ٨٦) بعضها كالتالي:

أ- الإهانة والقصد: Insult and Intent:

حينما يعتقد الأفراد أن الآخرين يحاولون إهانتهم، فإنهم يميلون إلى الشعور باضطراب أكثر، ويغيرون سـلوكهم ليكونوا أكثر قوة، ويقل هذا الشـعور حينما يرون أن الآخرين لا يتعمدون إهانتهم، ويعتمدون في هذا الاعتقاد على مجرد شعورهم قبل هؤلاء الآخرين، بصورة أكبر من إدراكهم للضرر الذي يسببونه لهم، والعلاج " العقلاني – الانفعالي " السلوكي يساعد الأفراد على ألا يضـعوا إهانة الآخرين لهم في الاعتبار، وألا يأخذوا تلك الإهانة بحدة زائدة، وأن يتقبلوا الآخرين بطريقة إيجابية ونوايا طيبة.

ب- التنفيس عن الانفعـالات المختلـة وظيفيـاً: Abreaction of dysfunctional emotion:

إن التنفيس وتفريغ الانفعالات المختلة وظيفياً، وبخاصة أشكال الغيظ والغضب والعدوان والغيرة والحسد والقلق، قد يكون له آثار طيبة تعمل على خفض وتصفية هذه الانفعالات، ولكن غالبًا ما يستمر الأثر الوراثي، الذي يتجه نحو تدعيم الفلسفة التي يعتقدها الأفراد، وتؤدي إلى مشاعرهم، ومن ثم فإن العلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي يساعد الأفراد على تنمية القدرة على ضبط الغضب، والتحكم في الذات، والتخلص من المشاعر التي قد تؤدي إلى التقليل من درجة المشاعر الذاتية الانهزامية، التي قد تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية.

ج- ضبط الذات: Self- control:

حينما يدرك الأفراد أن سـلوكهم أقل من المرغوب فيه، وحينما يشـعرون بالاضـطراب الانفعالي، فإنه تتولد لديهم القدرة على التغيير، واستخدام طرق متعددة لضبط الذات، أو إتباع طرقاً جديدة لإدراك الذات وتغييرها، وهم غالبًا ما يقومون بتعديل انفعالاتهم وسـلوكهم بطريقة أفضـل، وذلك بواسـطة المبادئ الأسـاسـية لضـبط الذات، مما لو كان التغيير موجها من أفراد آخرين، حيث تشـمل عملية ضـبط الذات على عوامل معرفية قوية، ومن ثم فإن العلاج "العقلاني – الانفعالي" السـلوكي تكمن مهمته في مسـاعدة الأفراد حتى يتمكنوا من اسـتخدام مستوى ملائم من المعارف المرتبطة بضبط وإدارة الذات.

د- التعامل مع التهديد والخطر: Coping with distress and threat:

توجد قدرة كبيرة لدى الأفراد لمواجهة المحن والتعامل مع مصـــادر التهديد بواســـطة التفكير الســليم، الذي يؤهلهم لهذه المواجهة، وقد يتعلمون بعض المهارات غير الإيجابية التي قد تسـبب لهم الانزعاج، وتتمثل مهمة العلاج " العقلاني – الانفعالي " السـلوكي في مسـاعدة الأفراد على تعلم مهارات واســتراتيجيات فعالة تســاعدهم في المواجهة رغم قســوة الظروف، وتزايد الأزمات، وشدة التهديد مما يؤدي إلى تغيير السلوك.

هـ- التحويل: Diversion:

يميل الأفراد إلى تركيز الانتباه في شــيء واحد، ويعد هذا الميل مما يسـبب لهم بعض الاضـطرابات الانفعالية مثل: الخوف من الفشـل، أو الرفض، أو الإحباط، وعندما يرغبون في إيقاف تيار الأفكار اللاعقلانية فلابد أن يحولوا تركيزهم إلى التأمل والتخيل والاسـترخاء، ومن ثم فإن العلاج " العقلاني – الانفعالي " السلوكي يساعد الأفراد على تعلم مهارات التحويل مما يؤدي إلى خفض الاضطرابات الانفعالية لديهم.

و- الإيحاءات: Suggestion:

يميل الأفراد إلى التفكير والانفعال والســـلوك تبعاً لإيحاءات الآخرين، وقد تكون هذه الإيحاءات سيئة، فغالباً ما تؤدي إلى نتائج غير طيبة، حيث أنهم يستقبلون الإيحاءات السيئة، ويضــعون لأنفســهم منها إيحاءات أخرى ذاتية مزعجة ومختلفة، مما يؤثر على ســلوك هؤلاء الأفراد وانفعالاتهم ويساهم في المزيد من الاضطراب الانفعالي والسلوك المختل لديهم، والعلاج "العقلاني- الانفعالي" الســـلوكي يســـاعد الأفراد على خفض قابليتهم للاســـتثارة بإيحاءات الآخرين، ويعمل على تأثرهم فقط بالتجارب المؤكدة، والخبرات القائمة على التفكير الإيجابي الدقيق.

(٣) الفنيات السلوكية: Behavioral Technique:

وهي التي تســـاعد الأفراد على التخلي عن الســـلوك غير المرغوب فيه أو تعديله أو تغييره إلى ســـلوك مرغوب فيه وتدعيمه، ويذكر إليس (Ellis, 1997, 13-16) ؛ وعادل عبد الله (٢٠٠٠، ٦٥-٦٦)؛ وبيرني كروين وآخرون (٢٠٠٨، ٤٩-٥٠)؛ ومنتصـــر علام (٢٠١٢، ١٩٣- ٢٠٩) بعضها كالتالي:

أ- الواجبات المنزلية: Home works :

لقد اعتاد الأفراد على التفكير والانفعال والتصـــــرف بطرق مختلفة وظيفياً، ولأن هذا السلوك يستمر معهم سواء بطريقة شعورية أو لا شعورية لفترة زمنية طويلة، فيتحول إلى شيء متأصـل في طبيعتهم، فهم يحتاجون إلى ممارسـة فعالة نشـطة ومناسـبة من أجل تعطيل أو وقف العـادات الانهزاميـة المـدمرة للـذات، ومن ثم فـإن برامج العلاج "العقلانـي – الانفعـالي" السـلوكي تشـمل الواجبات المنزلية النشـطة الموجهة، بما تحويه من تدريبات مرتبطة بالتفكير والتخيل والتصـــور، وتكرار بعض المعلومات، وحل بعض التمرينات التي تهدف إلى تنمية القدرة على التفكير العقلاني في المواقف المختلفة.

ب- التقليد بالأنموذج: Modeling Imitation:

يميل الأفراد إلى تقليد الآخرين ومحاكاتهم، ونمذجة أنفســـهم في أفكارهم ومعتقداتهم وســـلوكهم، وذلك طبقاً لمدى إدراكهم لتلك النماذج وأســـلوب تقليدها، وقد يؤدي ذلك إلى اضطرابهم انفعالياً بالتدريج، سواء بالنمذجة الشعورية أو اللاشعورية، ويعتبر التقليد بالأنموذج من العمليات المعرفية الوسـيطة القوية، ومن ثم فإن المعالج "العقلاني – الانفعالي" السـلوكي يكون مهتماً بتوضيح أسلوب التفكير الأمثل والإيجابي بالنسبة للأفراد، ويساعدهم في توظيف التفكير للتخلص من الاضـــطرابات الانفعالية، عن طريق تقليد بعض النماذج الســـلوكية الإيجابية.

ج- لعب الدور: Role Playing:

يســتطيع الأفراد أن يجعلوا أنفســهم مضــطرين أو يســاعدوا أنفســهم في تحســين اضــطراباتهم الانفعالية عن طريق خبرات لعب الدور، وذلك عن طريق تناولهم لتلك الخبرات، ويشــمل لعب الدور: التقليد والمحاكاة، والتشــكيل بالأنموذج، حيث يتضــمن عوامل معرفية تساعد الأفراد على تغيير مشاعرهم المضطربة وسلوكياتهم المختلة وظيفياً، والعلاج "العقلاني – الانفعالي" الســلوكي يســاعد الأفراد في تعليمهم مهارات القيام بالأدوار، واكتســاب خبرات ومشاعر إيجابية، وخفض مستوى المعتقدات اللاعقلانية تجاه بعض الأدوار الاجتماعية.

د- التدريب على المهارات: Skill Training:

حينما يتدرب الأفراد على مهارات معينة من السيطرة أو التنشئة الاجتماعية في ضبط القيم وغيرها، فهم يغيرون تفكيرهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم بطريقة تدريجية ويصبحون أقل اضطراباً، وهذا التغيير ليس نتيجة لزيادة المهارات لديهم بل نتيجة إدراكهم لقدراتهم وتقديرهم لذواتهم، والعلاج "العقلاني – الانفعالي" السلوكي يعمل على اكتشاف القدرات لدى الأفراد، وتنمية مهارتهم عن طريق التدريبات المتعددة، كما يساعدهم على الوعي بذواتهم، وإدراك قدراتهم وطاقاتهم الجديدة، الناتجة عن تلك التدريبات، وبالتالي يستطيع الأفراد أن يغيروا من أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم.

هـ- التدريب التوكيدي: Assertive Training:

من خلال التدريب التوكيدي يكتسب الفرد مهارات التفاعل الثنائي والتواصل الاجتماعي مع الآخرين، ويزيد من ثقته في نفسه ويكسبه رؤية إيجابية لذاته مما يساعده على أن يسلك في حياته بشكل مقبول اجتماعيا يتيح له التعبير التلقائي عن انفعالاته ومشاعره الإيجابية والسلبية واكتساب القدرة على الدفاع عن حقوقه دون الآخرين أو امتهانهم.

وهكذا؛ يتضح من خلال العرض السابق أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي علاج ثلاثي المواجهة يجمع بين طياته العديد من الفنيات العلاجية المعرفية والانفعالية والسلوكية، ولذا فإنه علاجًا فعالًا للعديد من الاضطرابات النفسية للوصول بالفرد إلى تغير فلسفي عميق من أجل الوصول إلى التحسن بعيد المدى ولسنوات طويلة بدلاً من العلاجات التي تهتم بعلاج المريض من اضطرابه دون النظر إلى حالات الانتكاسة التي قد يتعرض لها مرة أخرى بعد الانتهاء من العلاج، ولهذا فإنه لا يعلم العملاء فقط كيف يشعرون بأنهم أفضل من ذي قبل من خلال تخفيف المشاعر الانفعالية المضطربة، بل ويوضح لهم أيضًا كيف يتحسنون بالتعرف على المعتقدات اللاعقلانية المحدثة للاضطراب والتخلص منها.

سابعًا: الأفكار العقلانية واللاعقلانية:

لتمييز الأفكار العقلانية عن الأفكار اللاعقلانية لابد من الوقوف على السمات التي تتسم بها كل منها ، وأسبابها فأشار دريدن (Dryden, 2008) إلى السمات التي تتسم بها كل من الأفكار العقلانية واللاعقلانية:

١– سمات الأفكار العقلانية:

- مرنة.
- تؤدي إلى الصحة النفسية.
- تساعد على تحقيق وإنجاز الأهداف.
- صحيحة.
- منطقية.

وهذه السمات بمثابة قواعد أساسية يمكن من خلالها الحكم على الفكرة لتصنيفها إلى عقلانية أو لاعقلانية فإذا كانت الفكرة مرنه وتساعد على تحقيق الهدف ومنطقيه وتؤدي إلى الصحة النفسية فهي فكرة عقلانية وإن كانت غير ذلك فهي بالطبع فكرة غير عقلانية.

٢– سمات الأفكار اللاعقلانية:

- متطرفة.
- تؤدي إلى الاضطراب النفسي.
- لا تساعد على تحقيق وإنجاز الأهداف.
- خطأ.
- غير منطقية.

وذكر إليس عدداً من السمات المميزة للأفكار اللاعقلانية، وهي:

– المطالبة:

إلى أنه توجد علاقة بين رغبات الفرد ومطالبه المستمرة واضطرابه الانفعالي، كأن يصر على إشباع تلك المطالب وأن ينجح دائمًا في عمل ما، فالاضطراب يحدث عندما يقوم الفرد بأحاديث ذاتية مع نفسه، والتي يفرضها بنفسه على نفسه وعلى العالم والآخرين.

– التعميم الزائد:

إن الفرد يعمم النتائج التي لا تعتمد على التفكير الدقيق والتي عادة ما تقوم على الملاحظة الفردية.

- **التقدير الذاتي:**

شكل من أشكال التعميم الزائد، فالفرد لديه المعرفة بالرؤية الذاتية للأفعال والمواقف ولكن الضغوط لها أهمية في تحديد موقف الفرد تجاه الأحداث التي تمر به فيلجأ لنمط التفكير الملتوي عند تقدير القيمة الشخصية فتظهر تأثيرات سلبية لهذا التقدير منها الميل على التركيبات الخاطئة، المطالب غير الواقعية التي تتعارض مع الأداء وعلى هذا فعلى الفرد أن يعدل من فلسفته في مشكلة القيمة الشخصية من خلال تقبل الذات بدلا من تقييم الذات.

- **الفظاعة:**

من المعروف أن المطالب غير المنطقية للفرد غالبا ما يرغب في تحقيقها بشيء من الفظاعة أي أنها تكون رغبة ملحة لديه وهذا يؤدي إلى الانفعالية الزائدة وعدم القدرة على حل أي مشكلة بشكل عقلاني.

- **أخطاء العزو:**

حيث يميل الفرد إلى أن ينسب أفعاله الخاطئة إلى آخرين مما يؤثر على إدراكه للأحداث الخارجية وحالته الانفعالية وسلوكه، ومن أخطاء العزو اللوم المستمر للذات، ولوم الغير.

- **اللاتجريب:**

فالأفكار اللاعقلانية ليست مستمدة من الخبرة التجريبية للفرد حيث الدقة والصدق.

- **التكرار (الترديد):**

تكرار الأفكار اللاعقلانية باستمرار لدى الفرد بشكل لاشعوري، ويساعد على ذلك الضغوط الخارجية والداخلية له.

- **أنها غير منطقية ولا تتسق مع الحقيقة والواقع، كما أنها تعيق الفرد من تحقيق أهدافه ورغباته.**

(سماح شحاته، ٢٠٠٦، ٨٦ - ٨٨)

وهناك سمات أخرى للأفكار اللاعقلانية وهي:

- **السلبية:** فمثل هؤلاء الأفراد يعتقدون أن سبب تعاستهم هو ظروف خارج إرادتهم مثل الحظ وليس بمقدورهم التغلب عليه لأن الظروف أقوى منهم.
- **الانهزامية:** هو نمط من الشخصية تتجنب صعوبات الحياة بدلاً من مواجهتها، وتؤكد على أهمية عدم الوقوف في وجه القوى.
- **الاتكالية:** حيث يعتمد الاتكالي على الآخرين وخاصة الأقوياء لأن هذا ما يجلب له الراحة في أمور حياته.
- **العجز:** العاجز هو من لا يستطيع التخلص من أحزان الماضي ومحو آثارها وجعلها في طي النسيان.
- **ضيق الأفق:** الأشخاص الذين يتصفون بضيق الأفق يملكون حلولاً جاهزة، فهناك حل نموذجي لكل مشكلة وإن لم يصلوا إلى الحل تحدث كارثة كما يعتقدون، وهذا يشير إلى ضعف الجهاز النفسي لديهم.
- **عدم التسامح:** أي أن العقاب الصارم هو الوسيلة الوحيدة لتصحيح الأخطاء، مع عدم القدرة على نسيان الإساءة حتى وإن كان الخطأ بسيطاً.
- **شدة الحساسية:** أي أن الأفكار السوداوية عن المخاطر التي من المحتمل أن يقعوا فيها لا تفارق مثل هؤلاء الأفراد، وأن الفشل سوف يلاحق أعمالهم.
- **الإصرار على القبول التام:** يرى أصحاب هذه الأفكار أن الآخرين يجب أن يحبوهم بشكل مطلق ويكونوا راضين عنهم دائما بغض النظر عما يفعلونه. (غرم الله الغامدي، ٢٠٠٩، ٣١).

وإلى جانب ما ذكره دريدن Dryden عن سمات كلا من الأفكار العقلانية واللاعقلانية فإنه أشار إلى أن كلاً منها تعتمد على أربعة أفكار رئيسية، وهي كالتالي:

أ- الأفكار الأربع الأساسية التي تعتمد عليها الأفكار العقلانية:

- التفضيل التام:

هذه الفكرة تجعل الفرد واضحاً مع نفسة بحيث يدري ما يريد وما لا يريد وتتكون من مكونين هي: مكون تأكيد التفضيل ومكون نقص المطلب بمعني أن يكون الفرد واعيًا ومدركًا لما يريد وقادرًا على إنجازه وتحقيقه وواعيًا أيضاً بما لا يريد ويبتعد عنه.

- الأفكار غير المرعبة:

عندما لا يستطيع التفضيل التام تحقيق الصحة النفسية للفرد فإنه يكون أمراً سيئاً بالنسبة إليه إن لم يحصل على ما يريد وهنا يأتي دور الأفكار غير المرعبة والتي تتكون من مكونين مكون تأكيد الشر ومكون نفى الرعب ويعني مكون تأكيد الشر أن يدرك الفرد أن أمراً سيئا قد حدث والمكون الثاني أنه بينما قد حدث أمرا سيئا عندما لم يحصل الفرد على ما يريد فإنه ليس أمراً خطيرًا أو معضله أو إنها نهاية العالم.

- القدرة العالية على تحمل الإحباط:

تعتبر القدرة العالية على تحمل الإحباط من الأفكار الرئيسية للأفكار العقلانية وتشير إلى قدرة الفرد على تحمل الإحباط الناتج عن عدم إشباع رغباته أو عدم تحقيق أهدافة ومفاد ذلك أن يكون لدي الفرد أفكارًا حول تأكيد أهمية الكفاح والجد في حياه الفرد وأنه ليس هناك أشياء لا يمكن حلها وكذلك فكرة أن التحمل قيمة عظيمة الشأن.

- تقبل الاعتقاد:

هي قدرة الفرد على تقبل الاعتقاد السلبى.

ب-الأفكار الأربع الأساسية التي تعتمد عليها الأفكار اللاعقلانية:

- المطالب:

تعتمد نظرية العلاج العقلاني على أن مطالب الفرد ورغباته تأخذ شكل المطالب الواجبة يجب وينبغي وعند عدم حصوله على ما يريد فإن ذلك يسبب له الاضطراب الانفعالي وبالتالي فتسيطر على الفرد غير العقلاني فكرة أن كل ما يريده يجب وحتما أن يتحقق.

- **الأفكار المرعبة:**

عندما لا تنفذ المطالب الصارمة فإنها تجعل الفرد يشعر أن شيء خطير أو معضلة أو أنها نهاية العالم أنه لم يحصل على مطلبه الواجب أي أن يتخيل الفرد أن عدم حصوله على مطلبه أمرًا مفزعًا وشرًا لا يمكن تحمله.

- **فكرة انخفاض تحمل الإحباط:**

ويتبني الفرد صاحب الأفكار اللاعقلانية فكرة أساسية وهي أنه ليس لديه قدرة على تحمل الإحباط أو أن قدرته على تحمله منخفضة.

- **فكرة انخفاض القيمة:**

ويعتقد الفرد اللاعقلاني أنه منخفض القيمة أي أنه يشعر بانعدام الثقة بالنفس.

وعرض إليس إحدى عشـر فكرة غير عقلانية ولا منطقية وليسـت ذات معنى، وتؤدي إلى القلق وهدم الذات وسوء التكيف، وهذه الأفكار هي:

- الفكرة الأولى: من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضيا عنه من كل المحيطين به.
- الفكرة الثانية: أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والمناقشـة والإنجاز حتى يمكن اعتباره شخصًا ذا أهمية وهذه الفكرة أيضًا من المستحيل تحقيقها بشكل كامل.
- الفكرة الثالثة: إنه لمن المصيبة الفادحة أن تأتي الأمور غير ما يتمنى الفرد.
- الفكرة الرابعة: تنشأ تعاسة الفرد عن ظروف خارجية لا يستطيع السيطرة عليها أو التحكم بها.
- الفكرة الخامسة: الأشياء المخيفة أو الخطرة تستدعي الاهتمام الكبير والانشغال الدائم في التفكير بها، فإن احتمال حدوثها يجب أن يشغل بال الفرد دائما.
- الفكرة السادسة: من السهل تجنب المسؤوليات والصعوبات بدلا من أن تواجهها.
- الفكرة السابعة: يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين، يجب أن يكون هنالك منهو أقوى منه لكي يعتمد عليه.
- الفكرة الثامنة: يجب أن يكون الفرد فعالا ومنجزا بشـكل يتصـف بالكمال حتى تكون له قيمة.

- الفكرة التاسعة: تقرر الخبرات والأحداث الماضية سلوكنا الحاضر وأن تأثير الماضي لا يمكن محوه أو تجاهله.
- الفكرة العاشرة: ينبغي أن ينزعج الفرد أو يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.
- الفكرة الحادية عشرة: هناك دائمًا حل مثالي وصحيح لكل مشكلة وهذا الحل لابد من إيجاده وإلا فنتيجة تكون مفجعة. (في: خيرة حضرية، ٢٠١٦، ١٣٢)

وتشير دراسة سعيد عبد الرحمن (٢٠١٣) إلى عدد من الأفكار اللاعقلانية لدى الشباب المعاقين بصريًا ومنها:

- الشعور بالدونية.
- العجز أمام الآخرين.
- إلقاء اللوم على الآخرين.
- التشاؤم.
- التوقع الدائم للخطر.
- العزلة والانسحاب الاجتماعي.

وبالتالي ترى الباحثة أن هذه الأفكار اللاعقلانية كلها تدل على لزوميات ووجوبيات ومفروضات يتحدث بها الأفراد ويعتقدونها، وهذا يسبب لهم القلق والانزعاج والتوتر الذي يؤثر على تكيفهم وصحتهم النفسية، الأمر الذي يستدعي اتباع استراتيجيات إرشادية معينة لمساعدة هؤلاء الأفراد على التخلص من هذه الأفكار اللاعقلانية.

مراجع الفصل الثالث

١- آمال عبد السميع باظه (٢٠١٢). **جودة الحياة النفسية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- آمال عبد السـميع باظه (٢٠١٥). **الصحة النفسية والعلاج النفسـي**. ط ٣، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٣- إبراهيم عبد اللطيف محمد (٢٠١٦). فاعلية برنامج إرشادي بالواقع لخفض الشعور بقلق الموت لدى عينة من المراهقين المكفوفين. **رسـالة ماجسـتير**، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٤- إبراهيم محمد شـعير (٢٠٠٩). **تعليم المعاقين بصـريًا – أسـسـه – اسـتراتيجياته – وسـائله**. القاهرة : دار الفكر العربي.

٥- إبراهيم محمود أبو الهدى (٢٠١١). دراسـة سـيكومترية كلينيكية لقلق المسـتقبل وعلاقته بمعنى الحياة ووجهة الضـبط لدى عينة من المعاقين بصـريًا والمبصـرين. **مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس**، ع ٣٥، ج ٣ ، ٧٨٩-٨٢٢.

٦- إجلال سري (٢٠٠٠). **علم النفس العلاجي**. ط٢. القاهرة: عالم الكتب.

٧- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (٢٠١١). **تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق**. عَمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

٨- أحمد محمد الدبور، وأيمن رمضـان زهران (٢٠١٣). فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسـين جودة الحياة لعينة من الأطفال ذوي صـعوبات التعلم. **مجلة التربية الخاصـة – مركز المعلومات التربوية والنفسـية والبيئية بكلية التربية جامعة الزقازيق**، ع ٥، ٣٠٦ – ٣٤٦.

٩- أشـرف أحمد عبد القادر (٢٠٠١). **التفكير – الانفعال – السـلوك نظرية في العلاج النفسـي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .

١٠- إلهام مصـطفى القصـيري (٢٠١٤). جودة الحياة لدي المعاقين بصـريًا مقارنة بغير المعاقين. **مجلة القراءة والمعرفة – مصر**، ع ١٤٩، ١٣٩ – ١٧٤.

١١- أماني عبدالوهاب، سميرة شند (٢٠١٠). جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين. **المؤتمر السنوي الخامس عشر (الإرشاد الأسري وتنمية المجتمع نحو آفاق إرشادية رحبة)، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس**، مج ٢، ٤٩١ – ٥٣٦.

١٢- أمل محمد غنايم (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين معنى الحياة وأثره في تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريًا. **رسالة ماجستير**، كلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس.

١٣- إيمان فؤاد كاشف (٢٠٠٢). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض حدة بعض المخاوف المرضية لدى المعاقين بصريًا. **المؤتمر العلمي السنوي العاشر (التربية وقضايا التحديث والتنمية في الوطن العربي)، كلية التربية – جامعة حلوان**، ج ٢، ٤٥١ – ٥١٤.

١٤- إيمان محمد إبراهيم (٢٠١٣). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للحد من إدمان المكفوفين. **مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية – مصر**، ع٣٤، ج ١٨، ٦٦٤٩ – ٦٧٢٤.

١٥- إيمان محمد عطوي (٢٠٠٦). فاعلية كل من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالواقع في تخفيف حدة الاستجابة المعرفة والكلينكية المرتبطة بالقلق الاجتماعي لدى عينة من مكفوفي البصر. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طنطا.

١٦- أيمن أحمد المحمدي (٢٠٠١). فعالية الدراما للتدريب على بعض المهارات الاجتماعية وأثره في تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المكفوفين بمرحلة ما قبل المدرسة. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٧- إيهاب عبد العزيز الببلاوي (١٩٩٩). فعالية العلاج المعرفي والسلوكي في خفض مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٨- إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠٠١). **قلق الكفيف: تشخيصه وعلاجه**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٩- إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠١٣). **توعية المجتمع بالإعاقة – الفئات – الأسباب – الوقاية**. ط ٥، الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

٢٠- إيهاب عبد العزيز البيلاوي، وأشــرف عبد الحميد (٢٠٠٢). **الإرشـــاد النفســـي المدرســـي، استراتيجية عمل الأخصائي النفسي المدرسي**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٢١- إيهاب محمد غرابة (٢٠٠٣). فاعلية برنامج عقلاني انفعالي في رفع درجة قوة الأنا وخفض حدة القلق لدى عينة من المراهقين. **رسالة دكتوراه**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٢٢- بشـير إبراهيم الحجار (٢٠١٦). فاعلية برنامج إرشـادي لإدارة الضـغوط لدى الطلبة المعوقين حركيًا وبصــريًا في جامعات غزة. **مجلة الجامعة الإســلامية للدراســات التربوية والنفسية بغزة** ، مج ٢٢، ع ٤، ١–٣٧. بيرني كروين وبيتر رودل وستيفين بالسم (٢٠٠٨). **العلاج المعرفي – السـلوكي المعاصـر**. ترجمة: محمود عيد نصـطفى، القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.

٢٣- تغريد عمران، رجاء الشــناوى، وعاطف صــبحى (٢٠٠٢). **المهارات الحياتية**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٢٤- جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي (١٩٨٩). **معجم علم النفس والطب النفســي**. ج ٢، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢٥- جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي (١٩٩٥). **معجم علم النفس والطب النفســي**. ج ٧، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢٦- جمال محمد الخطيب، ومنى الحديدي (٢٠١٤). **التدخل المبكر: التربية الخاصـة في الطفولة المبكرة**. ط ٧، عمان : دار الفكر.

٢٧- جيهان شفيق خالد (٢٠١٤). العلاقة بين ضـغوط الحياة اليومية وجودة الحياة لدى الأشـخاص المكفوفين والمبصـرين. **مجلة دراسـات نفسـية –مصـر**، مج ٢٤، ع ٣، ٣٢٣ – ٣٦٣.

٢٨- حامد عبد السـلام زهران (٢٠٠٥). **الصـحة النفسـية والعلاج النفســي**. ط ٤، القاهرة: عالم الكتب.

٢٩- حسن عبدالله الحميدي (٢٠١٤). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والرضا عن الحياة لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بدولة الكويت. **المجلة التربوية– الكويت**، مج ٢٨، ع ١١٠، ١٤١ – ١٧٦.

٣٠- حسيب محمد حسيب عبد ربه (٢٠٠٦). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. **رسالة دكتوراه**، جامعة بنها.

٣١- خلف محسب محمد على (٢٠٠٧). فعالية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي في زيادة الرضا عن الحياة لدى المعاقين بدنيًا. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة أسيوط.

٣٢- خيرة حضرية (٢٠١٦). البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي. **مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية- مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع – الجزائر**، ع٧ ، ١٢٥ – ١٣٥.

٣٣- دينا محمد هيكل (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المكفوفين. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة القاهرة.

٣٤- راهبه عباس العادلي وسعدية كريم درويش(٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي قائم على تدريب المهارات الاجتماعية والعلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق الاجتماعي. **مجلة العلوم التربوية والنفسية –العراق**، ع ٨٧ ، ٤٦ – ١٤٦.

٣٥- رشا عبد الفتاح فايد (٢٠٠٤). مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفي البصر. **رسالة ماجستير**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٣٦- رمزي شحدة السويركي (٢٠١٣). الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلال / الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريًا بمحافظات غزة. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.

٣٧- زينب محمود شقير (٢٠٠٦). **أسرتي كمدرستي أنا ابنكم المعاق: سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين**. ط ٣، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٣٨- سالمة راشد الحجري (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تنمية تقدير الذات لدى المعاقين بصرياً في سلطنة عمان. **رسالة ماجستير**، كلية الآداب والعلوم، جامعة نزوى.

٣٩- سحر طه عمار (٢٠١٤). الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المعاقين سمعياً وبصرياً والعاديين من طلاب المرحلة الثانوية وعلاقتها بالشعور بالسعادة النفسية. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة حلوان.

٤٠- سري محمد بركات (٢٠١٤). **الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة**. ط ٢، الرياض: دار الزهراء.

٤١- سعدية محمد بهادر (١٩٩٢). **برامج تدريب أطفال ما قبل المدرسة**. ط ٢، القاهرة: دار النيل للطباعة.

٤٢- سعيد عبد الرحمن محمد (٢٠١٣). الأفكار اللاعقلانية لدى الطلاب المعوقين بصريًا بالمرحلة الجامعية وعلاقتها ببعض المتغيرات: دراسة وصفية تحليلية. **مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود**، مج ٢٥، ع ١ ، ٦٩ – ١٠٩.

٤٣- سلوى سلامة إبراهيم (٢٠٠٥). نوعية الحياة المميزة للمبدعين في الأدب. **رسالة ماجستير**، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٤٤- سلوى محمد علي (٢٠٠٩). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في تحسين تقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة. **مجلة كلية التربية – جامعة عين شمس**، ع ٣٣، ج ٣، ٤٤٧–٥٠٥.

٤٥- سماح السيد شحاتة (٢٠٠٦). الأفكار اللاعقلانية لدي المديرين ذوي الاضطرابات النفسجسمية في ضوء بعض المتغيرات النفسية . **رسالة ماجستير**، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

٤٦- سمر السيد حسن (٢٠١٥). فاعلية برنامج للتدريب على السلوك التوكيدي لخفض الخجل لدى المراهقين المكفوفين. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

٤٧- سمير السيد شحاتة (٢٠٠٥). فاعلية برنامج لتنمية فعالية الذات للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين والمراهقات المكفوفين. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة طنطا.

٤٨- سميه طه جميل (٢٠٠٥). فاعلية برنامج إرشادي لمواجهة الضغوط التي يتعرض لها المراهق المعاق بصريًا. **مجلة دراسات الطفولة – مصر**، مج ٨، ع ٢٦ ، ١٥ – ٣٩.

٤٩- سهير إبراهيم ميهوب (١٩٩٦). تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقليًا. **رسالة ماجستير**، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

٥٠- ســهير عبد الحفيظ عمر (٢٠٠٨). اســتخدام المدخل الاســكندنافي في تحســين جودة حياة الأشــخاص الصــم المكفوفين: تجربة جمعية نداء في مصــر. **المؤتمر الدولي السادس، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة،** مج ٢ ، ٩٠٢ – ٩٣٧.

٥١- ســوزى رفعت محمد (٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشــادي عقلاني انفعالي لخفض العدوانية لدى المراهقين المكفوفين. **رسالة دكتوراه،** كلية الآداب، جامعة أسيوط.

٥٢- السيد كامل الشربينى منصور (٢٠٠٧). جودة الحياة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي وسمة ما وراء المزاج والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية والقلق. **المجلة المصرية للدراسات النفسية** ، مج ١٧، ع ٥٧ ، ١–٨٠ .

٥٣- سيد محمد صبحي (٢٠٠٩). **فرحة المراهقة.** القاهرة: مؤسسة ميديا للطباعة.

٥٤- شــــاهندة محمد خليل (٢٠٠٨). مدى فاعلية برنامج بالتدريب التوكيدي في تنمية المهارات الاجتماعية للمكفوفين. **رسالة ماجستير،** كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

٥٥- شريفة مسعود شحاتة (٢٠١٤). برنامج معرفي سلوكي لتعديل اتجاهات الأمهات نحو أطفالهن المكفوفين وأثره على تنمية الســـلوك التكيفي لدى الأطفال في مرحلة الروضـــة. **رسالة دكتوراه،** كلية التربية، جامعة عين شمس.

٥٦- شـــعبان عبد الصـــادق عزام (٢٠١٢). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى الطلاب المكفوفين. **المؤتمر الدولي الخامس والعشـــرون لكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة حلوان،** ج ٤، ١٦٥١ – ١٧٣٧.

٥٧- صـــالح عبد الفتاح محمد (٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشـــادي معرفي ســـلوكي لتنمية التوافق الاجتماعي وأثره في خفض العدوان لدى المراهقين المكفوفين بمدينة أســـيوط. **رسالة ماجستير،** كلية التربية، جامعة أسيوط.

٥٨- صـــبحي عبد الفتاح الكفوري (٢٠٠٩). فاعلية كل من برنامج قائم على العلاج العقلاني الانفعالي الســـلوكي وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض حدة القلق الاجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة. في: **بحوث ودراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي.** ج٢، السلام للطباعة.

٥٩- صـــفية مبارك حميد (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشـــادي لتنمية الذكاء الوجداني لدى المعوقين بصرياً المقيمين داخل المدرسة من طلاب المرحلة الثانوية. **رسالة دكتوراه،** معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

٦٠- طريف شوقي فرج (٢٠٠٣). **المهارات الاجتماعية والاتصالية: دراسات وبحوث نفسية.** القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر .

٦١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). **العلاج المعرفي السلوكي: أُسُس وتطبيقات.** القاهرة: دار الرشاد.

٦٢- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). **الإعاقات الحسية: سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة.** القاهرة: دار الرشاد.

٦٣- عادل عبد الله محمد ، وسليمان محمد سليمان (٢٠٠٥). المهارات الاجتماعية لأطفال الروضة ذوى قصور المهارات قبل الأكاديمية كمؤشر لصعوبات التعلم. **المؤتمر السنوي الثاني عشر لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.**

٦٤- عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٥). نوعية الحياة من منظور الاجتماعي والنفسي والطبي. **بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الثالث "الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة**"، كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٣-١٢.

٦٥- العارف بالله الغندور (١٩٩٩). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة: دراسة نظرية. **المؤتمر السنوي السادس – جودة الحياة –مصر، القاهرة: مركز الإرشاد النفسي – جامعة عين شمس،** ١ – ١٧٧.

٦٦- عبد الرحمن إبراهيم حسين (٢٠٠٣). **تربية المكفوفين وتعليمهم.** القاهرة: عالم الكتب.

٦٧- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١). **سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة : الخصائص والسمات.** جـ ٣، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٦٨- عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل ، ورضوى إبراهيم (١٩٩٣). **العلاج السلوكي للطفل.** الكويت: سلسلة عالم المعرفة .

٦٩- عبد العزيز السرطاوي، عوشه المهيري، روحي مروح عبدات، وبهاء طه (٢٠١٥). جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة. **المجلة الدولية للأبحاث التربوية – الأمارات**، ع ٣٦، ١٤٤-١٨٢.

٧٠- عبد الفتاح الخواجة (٢٠١٢). **برامج الإرشاد والعلاج الجماعي.** عَمان: دار البداية ناشرون وموزعون.

٧١- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (٢٠١١). **التربية الخاصة وبرامجها العلاجية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٧٢- عبد الله حجاب القحطاني، مزيد عبد الفتاح حياصـــات (٢٠١٦). جودة الحياة للشـــباب ذوي الإعاقة في مدينة تبوك وعلاقتها ببعض المتغيرات. **مجلة التربية الخاصـــة والتأهيل – مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل – مصر**، مج٣، ع١١ ، ١٧٧ – ٢٠٨.

٧٣- عبد الله عبد العزيز المناحي (٢٠١١). تنمية المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصـــرياً في ضـوء نظرية العلاج العقلاني الانفعالي: برنامج إرشـادي مقترح. **رسالة دكتوراه،** كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

٧٤- عبد الله نوفل الربيعة (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشـــادي في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية المعاقين بصـــريًا كليًا والمعاقين جزئيًا بالمملكة العربية السعودية. **رسالة دكتوراه**، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

٧٥- عبد المطلب القريطي (٢٠٠٥). **ســـيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصـــة وتربيتهم**. ط ٤، القاهرة: دار الفكر العربي.

٧٦- عبدالســتار ابراهيم (١٩٩٨). **العلاج النفســي الســلوكي المعرفي الحديث: أسـاليب وميادين تطبيقه**. القاهرة: الفجر للنشر والتوزيع.

٧٧- علاء الدين كفافي (١٩٩٩). **الإرشـــاد والعلاج النفســـي الســـلوكي ، المنظور النســـقي الاتصالي**. القاهرة: دار الفكر العربي .

٧٨- علاء الدين كفافي (٢٠٠١). **الإرشـاد الأسـري للأطفال ذوي الحاجات الخاصـة**. القاهرة: دار قباء للنشر والطباعة والتوزيع.

٧٩- علاء الدين كفافي (٢٠٠٣). **الصحة النفسية والإرشاد النفسي**. الرياض: دار النشر الدولي.

٨٠- علي محمد علي (٢٠١٣). نوعية الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفســية لدى عينتين من الصم والمكفوفين. **رسالة ماجستير**، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

٨١- علي محمود غولي (٢٠٠٨). أثر أســـلوب تعلم المهارات الاجتماعية في خفض الشـــعور بالوحدة النفسية لدى التلاميذ المكفوفين في معهد روناكي. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة ديالي بالعراق.

٨٢- فادية رزق عبد الجليل (٢٠١٥). تنمية الذكاء الوجداني كمدخل لتحسين الشعور بجودة الحياة باستخدام البرمجة اللغوية العصبية لدى المراهقين المعاقين بصريًا. **رسالة دكتوراه**، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.

٨٣- فتحي عبد الرحمن الضبع (٢٠٠٦). فعالية العلاج بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحقيق المعنى الإيجابي للحياة لدى المراهقين المعاقين بصريًا. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة سوهاج.

٨٤- فرنسيس إبراهيم شاهين (٢٠١١). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي لدى عينة مختارة من الطلبة المراهقين. **رسالة ماجستير**، جامعة اليرموك، إربد.

٨٥- فوقية أحمد عبد الفتاح، محمد حسين حسين (٢٠٠٦). العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف. **بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية ببنى سويف**، دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، ٣-٤ مايو.

٨٦- كريم منصور عسران (٢٠١٥). فعالية برنامج قائم على الإرشاد بالواقع لخفض قلق المستقبل لدى عينة من المراهقين مكفوفي البصر: دراسة سيكومترية إكلينيكية. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة المنصورة.

٨٧- لويس كامل مليكة (١٩٩٤). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. ط٢، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

٨٨- لويس كامل مليكة (١٩٩٨). **الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية**. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

٨٩- مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٨). **دراسات في الصحة النفسية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٩٠- محاسن محمد خير (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي في اكتساب المهارات الاجتماعية لخفض المشكلات السلوكية لدى تلاميذ مرحلة الأساس بمدينة دنقلا. **رسالة دكتوراه** ، كلية التربية ، جامعة الخرطوم .

٩١- محمد أحمد سعفان (٢٠٠١). **الإرشاد النفسي للأطفال**. ج ٢، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

٩٢- محمد رزق البحيري (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين دافعية الإنجاز وأثره في الصحة النفسية لدى عينة من الأطفال المكفوفين. **مجلة العلوم الاجتماعية -الكويت**، مج ٣٨، ع ١ ، ٤٥-٩٠.

٩٣- محمد رزق البحيري ، زينب محمد الشيشيني، وزهوة منير السعيد حجاج (٢٠١٣). الذكاء الأخلاقي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المكفوفين. **مجلة دراسات الطفولة – مصر**، مج١٦، ع٦٠ ، ٩٧ – ١٠٥.

٩٤- محمد شعبان الجندي (٢٠١٥). برنامج إرشادي لتنمية كفاءة المواجهة وأثره في خفض الضغوط النفسية لدي عينة من المعاقين بصريًا من طلاب المرحلة الثانوية. **رسالة دكتوراه**، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة.

٩٥- محمد عبد التواب أبو النور (٢٠٠٠). الهدف في الحياة وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة به لدى عينة من طلبة الجامعة. **مجلة البحث في التربية وعلم النفس – جامعة المنيا**، مج ١٤ ، ع ١ ، ١١٣ – ١٤٥.

٩٦- محمد عبد الظاهر الطيب (٢٠٠٠). **محاضرات في الصحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة: دار المعارف.

٩٧- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**. القاهرة: دار غريب.

٩٨- محمد محروس الشناوي (٢٠٠١). **بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي**. القاهرة: دار غريب للنشر والتوزيع.

٩٩- محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). **العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

١٠٠- محمود ربيع الشهاوي (٢٠١٤). برنامج إرشادي تكاملي لتنمية الشعور بالسعادة لدى بعض المراهقين المكفوفين. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٠١- المعتصم بالله فوزي الجندي (٢٠١٦). علاقة الأفكار اللاعقلانية ببعض مظاهر السلوك اللاتوافقي لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

١٠٢- مفتاح محمد عبد العزيز (٢٠٠١). **علم النفس العلاجي: اتجاهات حديثة**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.

١٠٣- منتدى التجمع المعنى بحقوق المعاق (٢٠٠٤). **التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني لذوى الاحتياجات الخاصة**. القاهرة: مركز خدمات المنظمات غير الحكومية.

١٠٤- منتصر علام (٢٠١٢). **الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي السلوكي: النظرية والتطبيق**. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.

١٠٥- منى رفاعي حسين (٢٠١٢). فعالية برنامج إرشادي لتخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من أطفال الروضة المعاقين بصريًا. **رسالة ماجستير**، كلية التربية بقنا، جامعة جنوب الوادي.

١٠٦- منى صبحى الحديدي (١٩٩٨). **مقدمة في الإعاقات البصرية**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

١٠٧- منى عبد الستار دهب (٢٠١٣). فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي لتنمية المهارات التوكيدية لدى عينة من الأطفال المكفوفين بمحافظة أسوان. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة أسوان.

١٠٨- نايف سالم الطراونة ونائلة عبدالرزاق حسونة (٢٠١٣). التكيف النفسي لدى المعاقين حركيًا وبصريًا في منطقة القصيم بالمملكة العربية السعودية. **مجلة دراسات – العلوم التربوية – الأردن**، مج ٤٠، ملحق ٣، ٩٨٠ – ٩٩٩.

١٠٩- نجوى سعيد ناصر (٢٠١٥). جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى المراهقين المكفوفين المقيمين وغير المقيمين: دراسة حالة. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة المنوفية.

١١٠- نفيسة فوزى عيسوي (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة وبعض سمات الشخصية لدى المراهقين المكفوفين بصريًا. **رسالة ماجستير**، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

١١١- نهى عبد الرحمن أبو الفتوح (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشاد باللعب في تحسين جودة الحياة لدي عينة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة حلوان.

١١٢- هاني سعيد حسن (٢٠٠٩). الهناء الشخصي لدى الصم والمكفوفين والعاديين في ضوء بعض المتغيرات الشخصية: دراسة مقارنة. **رسالة دكتوراه**، كلية الآداب، جامعة المنيا.

١١٣- هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٧). **دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية**. الإسكندرية: دار الوفاء.

١١٤- هناء أحمد شويخ (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي معرفي / سلوكي في تحسين بعض المؤشرات النفسية المرتبطة بجودة الحياة لدى عينة من الطلاب الجامعيين المعاقين بصرياً. **حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية – مصر**، الحولية١١، الرسالة ٤، ١ – ٧٦.

١١٥- هويدة حنفي محمود ، فوزية عبد الباقي الجمالي (٢٠١٠). فعالية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من المتفوقين والمتعثرين دراسيًا. **مجلة الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا (أماراباك) – الولايات المتحدة الأمريكية**، مج ١، ع ١ ، ٦١ – ١

١١٦- وردة فؤاد الغنام (٢٠١٦). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتنمية مهارات الاستقلال الذاتي وتحسين جودة الحياة لدى المراهقين المكفوفين. **رسالة دكتوراه**، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.

١١٧- وفاء يوسف حمدي (٢٠١٣). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية بعض المهارات الأمانية لدى عينة من الأطفال المكفوفين بشمال سيناء. **رسالة ماجستير**، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.

١١٨- ولاء أحمد نور الهادي (٢٠١٥). السلوك التكيفي لدى عينات من الصم والمكفوفين: دراسة في ضوء بعض متغيرات علم النفس الإيجابي. **رسالة ماجستير**، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

١١٩- وليد السيد أحمد خليفة، ومراد علي عيسى (٢٠٠٧). **كيف يتعلم مخ الكفيف**. الإسكندرية: دار الوفاء.

120- Antle, B. & Ulster, A. (2005). In the Darkness There Can Be Light: A Family's Adaptation to a Child's Blindness. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, *99*(4), 209-218.

121- Argyle, M. (1996) : *Social Sills* : in Colman, A. (Ed.): Companion Encyclopedia of Psychology London, British Library, *1*, 454 - 481.

122- Bakhtiyari, M., Salehi, M., Zayeri, F., Mobasheri, F., Yavari, P., Delpishe, A., & Karimlou, M. (2012). Quality of life among Disabled and Non-Disabled Individuals A Comparative Study. *Iranian journal of epidemiology*, *8*(2), 65-72.

123- Bishop, M., & Feist-Price, S. (2002). Quality of life assessment in the rehabilitation counseling relationship: Strategies and measures. *Journal of applied rehabilitation counseling*, *33*(1), 35.

124- Botsford, K. D. (2013). Social Skills for Youths with Visual Impairments: A Meta-Analysis. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *107*(6), 497-508.

125- Brown, R. I., Schalock, R. L., & Brown, I. (2009). Quality of life: Its application to persons with intellectual disabilities and their families—Introduction and overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *6*(1), 2-6.

126- Capuzzi, D., & Stauffer, M. D. (2016). *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions*. John Wiley & Sons.

127- Celeste, M. (2007). Social skills intervention for a child who is blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *101*(9), 521-534.

128- Church, M. C. (2004). *The conceptual and operational definition of quality of life: A systematic review of the literature* (Doctoral dissertation, Texas A&M University).

129- Connolly, M. A., & Johnson, J. A. (1999). Measuring quality of life in paediatric patients. *Pharmacoeconomics*, *16*(6), 605-625.

130- Dryden, W., & David, D. (2008). Rational emotive behavior therapy: Current status. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *22*(3), 195-209.

131- Du Feu, M., & Fergusson, K. (2003). Sensory impairment and mental health. *Advances in psychiatric treatment*, *9*(2), 95-103.

132- Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.). (2013). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. Springer Science & Business Media.

133- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.

134- Huurre, T., & Aro, H. (2010). The Psychosocial Well-Being of Finnish Adolescents with Visual Impairments versus Those with Chronic Conditions and Those with No Disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *94*(10), 625-637.

135- Jalali, M. D (2012). Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy on stress reduction in late blinds of Mashhad city aged. *Journal of Behavioral Sciences*, *4*(13), 145-158.

136- Jalali, M. D., Moussavi, M. S., Yazdi, S. A. A., & Fadardi, J. S. (2014). Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy on psychological well-being of people with late blindness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *32*(4), 233-247.

137- Kemp, B. J. (2009). Quality of life while aging with a disability. *Assistive Technology*, *11*(2), 158-163.

138- Khodabakhshi Koolaee, A. (2011). *Application of counseling and psychotherapy theories in rehabilitation of disabled.* Tehran: Danjeh.

139- Kim, Y. I. (2003). The effects of assertiveness training on enhancing the social skills of adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness (JVIB)*, *97*(5), 285-297.

140- La Grow, S. J., Towers, A., Yeung, P., Alpass, F., & Stephens, C. (2015). The relationship between loneliness and perceived quality of life among older persons with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *109*(6), 487-500.

141- Michelson, L., & Mannarino, A. (1986). Social skills training with children: Research and clinical application. *Children's social behavior*, 373-406.

142- Nahidpour, F. (2003). *Enhancing the compatibility of blind girl students through group counseling with rational emotive behavior approach.* Master Degree Thesis of Psychology, University of Alzahra.

143- Pedersen, S. S., Holkamp, P. G., Caliskan, K., van Domburg, R. T., Erdman, R. A., & Balk, A. H. (2006). Type D personality is associated with impaired health-related quality of life 7 years following heart transplantation. *Journal of psychosomatic research*, *61*(6), 791-795.

144- Ravindranadan, V., & Raju, S. (2008). Emotional intelligence and quality of life of parents of children with special needs. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *34*, 34-39.

145- Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and social Psychology*, *51*(3), 649-660.

146- Riggio, R. E., Throckmorton, B., & DePaola, S. (1990). Social skills and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, *11*(8), 799-804.

147- Ryff, C. D., Dienberg Love, G., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., ... & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychotherapy and psychosomatics*, *75*(2), 85-95.

148- Sacks, S., & Kekelis, L. (1992). *The development of social skills by blind and visually impaired students: Exploratory studies and strategies*. American Foundation for the Blind.

149- Snoek, F. J. (2000). Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being. *Diabetes spectrum*, *13*(1), 24.

150- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(6), 713-726.

151- Suveg, C., Hudson, J. L., Brewer, G., Flannery-Schroeder, E., Gosch, E., & Kendall, P. C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of anxiety disorders*, *23*(3), 341-349.

152- Van Hasselt, V. B. (1983). Training Blind Adolescents in Social Skills. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, *77*(5), 199-203.

153- Van Hasselt, V. B., Kazdin, A. E., Hersen, M., Simon, J., & Mastantuono, A. K. (1985). A behavioral-analytic model for assessing social skills in blind adolescents. *Behaviour research and therapy*, *23*(4), 395-405.

154- Vernon, A. (2016). Rational emotive behavior therapy. *ACA Counseling and Psychotherapy: Theories and Interventions*, 283.

155- Vreeke, G., Janssen, C., Resnick, S., & Stolk, J. (1997). The quality of life of people with mental retardation: in search of an adequate approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, *20*(3), 289-302.

156- Zekovic, B., & Renwick, R. (2003). Quality of life for children and adolescents with developmental disabilities: review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. *Disability & Society*, *18*(1), 19-34.

الفصل الرابع
الإرشاد بالواقع

تعريف الإرشاد بالواقع

أسس الإرشاد بالواقع

الأفكار الفلسفية التي يستند عليها الإرشاد بالواقع

المفاهيم الأساسية للعلاج بالواقع

الفصل الرابع

الإرشاد بالواقع

تعريف الإرشاد بالواقع:

يعتبر الإرشـاد بالواقع ثورة على التحليل النفسـي أعلنها وليام جلاسـر سـنة ١٩٦٥ حين ظهر كتابه العلاج بالواقع، و إلى نهاية عام ١٩٦٨ ظهرت أولى بوادر التنظير لهذا التقنية بإنشاء أول معهد في مدينة لوس أنجلس الأمريكية.

يرى "جلاسـير بأنه ليس من الضـروري إخبار المسـترشـد بما يعاني منه، وهو في هذه النقطة يشير إلى أن الهدف من ذلك ضمان نجاح الأسلوب العلاجي، مؤكدا مرة أخرى على أنه يمكن إخبار المسترشد عند الضرورة القصوى. والتشخيص وفقا للعلاج الواقعي هو وصف لتصـرفات العملاء التي اختاروها عند تفعالهم مع الآخرين والتي سـببت لهم الألم والمتاعب والإحباطات الداخلية وأشعرتهم بعدم الرضا الآني عن علاقاتهم مع الآخرين. والعملاء على ذلك الحال ليسوا مرضى عقليين، كمرضى الزهايمر، والصرع، وأمراض الدماغ الأخرى، الذين من المفترض أن يتم علاجهم أساسا لدى أطباء الأعصاب (Glasser , 2007 , 6) .

ووفقا لفلسفة العلاج الواقعي على المسترشد المكتئب ألا يقول "أنا مكتئب" وإنما يفترض عليه أن يقول لنفسـه وللآخرين "أنا اخترت أن أكون مكتئباً" ومن الأهمية بمكان التنويه إلى أن العلاقة المهنية والثقة المتبادلة بين المرشـد الاجتماعي والمسـترشـد مهمة لنجاح الأسـلوب العلاجي، وكما أن الأسلوب العلاجي يعتمد على مهارات المعالج، فالعلاقة المهنية تعتمد أيضـا على مهارات المعالج، الذي من المتوقع أن يكون مهني متخصـص قادر على تكوين العلاقة المهنية والمحافظة عليها ومن ثم تطبيق الأسـلوب العلاجي. فالعلاج الواقعي يقدم سـؤالا مهما فحواه: ما هي الحياة الناجحة للإنسان؟ وجزء من إجابة السؤال، وبشكل مبسط، أن على الإنسان أن يكون لديه على الأقل علاقة واحدة تحقق الإشـباع، هذه العلاقة تزرع الرضـا في الإنسـان كحاجة لا بد من نموها(Corey, 2001).

ويرى جلاسر أن تفسير السلوك الإنساني الشامل، يجب أن يتضمن عناصر أساسيةً هي: الفعل (Doing) ، والمشاعر(Feeling) ، والتفكير(Thinking) ، والأعراض الجسمية (Physical) ، والمحصلة التي يصل إليها جلاسر هي أن السلوك الكلي أو الشمولي هو الوصول إلى ردم الفجوة بين ما نريد تحقيقه من احتياجات، وبين إدراكنا لما حققناه منها، ويعطي جلاسر أهمية كبرى لعنصري الفعل والتفكير؛ لأنّهما يوجهان السلوك الإنساني، فالعلاج الواقعي يركز في عملية المساعدة على تغيير الأفعال والأفكار؛ لأنّها أكثر قابليةً للتغيير، التي بدورها ستؤدي إلى تغيير المشاعر، كما قامت النظرية الواقعية على أساس أنّه من الصعب اختيار سلوك كلي من غير اختيار مكوناته أو عناصره (Robert, 2009 , 2)

كما يرى جلاسر أن السلوك غير المسئول، ينتج عندما يفشل الناس في أن يتعلموا القدرة على إشباع حاجاتهم بطريقةٍ صحيحةٍ، فقد صنف جلاسر عدة حاجات أساسية نفسية عند الإنسان، هي التي تقوده إلى البقاء، وهي الحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى المتعة، والحاجة إلى الحرية، والحاجة إلى القوة، وحين يفشل الفرد في تحقيق هذه الحاجات النفسية، فإنّه غالباً ما يلجأ إلى استخدام سلوكيات سلبية؛ وبالتالي يكون هدف العلاج الواقعي هنا هو تعلّم طرق مناسبة لتحقيق حاجاتهم وسعادتهم بطريقةٍ فعالةٍ ، ويسعى البشر طوال حياتهم للعيش بطريقة، من شأنها إشباع هذه الحاجات، ونظرية الاختيار هي تعبير وصفي لتحديد الكيفية، التي يحاول من خلالها الفرد التحكم في سلوكه، عندما يختار عملاً يمكن من خلاله تحقيق إشباع حاجاته، كما أكدت نظرية الاختيار أن الإنسان يستخدم السلوكات التي يعتقد أنها تشبع حاجاته، وهو مسئول عن هذا الاختيار، وحسب هذه النظرية ينبغي على الفرد أن يعيش حياته بالطرق التي يعتقد أنها تشبع حاجاته على أفضل صوره. ويتم إشباع حاجات الفرد بطريقةٍ تبادليةٍ، فعندما تشبع حاجة، فإنّها تختفي، ثم تظهر حاجة جديدة، حيث يعمل الدماغ كنظام ضابط لإشباع الحاجات، من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، حيث يكتسب الفرد صور أشياء كثيرة لإشباع مثل هذه الحاجات، وتحفظ صور هذه الأشياء في خلايا خاصة بالدماغ، ويتم تصنيفها في العالم الداخلي بسماه جلاسر "البوم الصور" (Glasser , 2007 , 12).

يغج العلاج الواقعى أسلوباً لمساعدة الناس في التحكم الأفضل في حياتهم، ويساعدهم في تحديد ما يرغبون فيه وما يحتاجونه، وبعد ذلك يقومون بتقييمه فيما إذا كانوا يستطيعون تحقيق هذا في الواقع أم لا، كما يساعدهم في فحص سلوكياتهم الخاصة، وتقييمها عبر محكاتٍ واضحةٍ، ويتبع هذا تخطيط إيجابي لمساعدتهم في التحكم في حياتهم الخاصة وتحقيق رغباتهم وحاجاتهم الواقعية، وتكون النتيجة قوةً مضاعفةً وثقة أكبر في النفس، وعلاقة إنسانية أفضل، وخطة شخصية للفرد؛ لكي يعيش حياة أكثر فعاليةً، وهو بذلك يزود الناس بأداة مساعدة ذاتية، يستخدمونها بشكل يومي، من أجل التكيف والتحكم أكثر بحياتهم.

أسس الإرشاد بالواقع:

يقوم على ثلاثة مفاهيم رئيسية و هي :

١. **الواقع** : و هي الخبرات الحقيقية الواقعية الشعورية في الحاضر ، و الفرد السوي هو الذي يتقبل الواقع و لا ينكره. و من أهداف العلاج تنمية الواقع.

٢. **المسؤولية** : و تتجلى في قدرة الفرد على إشباع حاجاته ، و يحقق ما يشعره بقيمة الذات (في نظره ، و في نظر الآخرين) ، و الجدية ، و الأمانة ، و الصدق ، و الوفاء بالوعد ، و النزاهة ، و الحكمة. و تتضمن المسؤولية حرص الفرد و هو يشبع حاجاته ، على أن يمكن الآخرين من إشباع حاجاتهم. و السلوك غير المسؤول يؤدي إلى المرض النفسي لذلك يوصف العصابي أو الذهاني بأن سلوكه غير مسؤول. و من أهداف العلاج بالواقع زيادة تحمل المسؤولية ، و زيادة النضج ، و الضمير الحي.، بحيث يصبح الفرد قادرا على إشباع حاجاته.

٣. **الصواب و الخطأ** : هو مبدأ معياري أخلاقي يحدد السلوك السوي ، و غير السوي بهدف تحقيق حياة اجتماعية ، و من أهداف العلاج بالواقع إتباع الصواب ، و اجتناب الخطأ. (محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٤ ، ، ٥٢ ، ٤٨).

الأفكار الفلسفية التي يستند عليها الإرشاد بالواقع:

أولاً/ نظرية الاختيار:

تفترض نظرية الاختيار أن الإنسان ليس مولودا كصفحة بيضاء ثم تتولى الحياة الكتابة فيها منذ اليوم الأول بعد الولادة، وإنما الإنسان مولود ومعه خمس موروثات هي في الحقيقة حاجات أساسية لكل إنسان تقوده خلال حياته اليومية، ربما بشكل غير واضح، وهي الحاجة للبقاء، والحاجة للحب والانتماء، والحاجة للقوة والتملك، والحاجة للحرية والاستقلالية، وأخيرا الحاجة للمرح. فكل إنسان لديه هذه الحاجات الخمس، ولكن قوة كل حاجة تختلف من فرد لآخر. ووفقا لذلك، فعدم الشعور بالرضا مرده عدم إشباع واحد أو أكثر من هذه الحاجات. الإنسان ربما لا يكون واعيا بحاجاته بقدر وعيه بأنه متعب نفسيا، ومن هذا المنطلق يكون دور الممارس المهني تدريس أو تعليم المسترشد نظرية الاختيار التي ستمكنه من التعرف على الحاجة غير المشبعة سعيا لإشباعها. وفي نهاية المطاف إذا نجح المسترشد في فهم وتطبيق النظرية سيتولد لديه الشعور بالرضا وتنجلي المشكلة.(Glasser, 2007 ; Corey, 2001)

تؤكد نظرية الاختيار على أن جميع ما نعمله منذ الولادة وحتى الوفاة هي سلوكيات مختارة ومدفوعة من الداخل، وجملة كل سلوك أو تصرف هو دائما أفضل محاولة عملت لأجل إشباع حاجة أو أكثر. والسلوك المحدد دائما له هدف لأنه يأتي ليسد الفجوة بين المأمول والواقع. جملة السلوك تعلمنا بأن السلوكيات وبشكل عام هي نتاج أربعة أجزاء واضحة ومترابطة هي : (الشعور-التفكير-وظائف الأعضاء-الحركات). هذه الأجزاء الأربعة لابد وأن ترافق أعمالنا، وشعورنا وتفكيرنا. ولتوضيح كيف تعمل هذه الأجزاء الأربعة نمثل للسلوك المختار بالسيارة، فالمحرك هو الحاجة الأساسية للإنسان، والمقود هو الذي يمكننا من اختيار الاتجاه الذي نريد، أما الأربعة أجزاء: الشعور، والتفكير، ووظائف الأعضاء، والحركات فهي العجلات الأربعة. التفكير والعمل، مختارات لذا فهن العجلات الأمامية، أما الشعور ووظائف الأعضاء فهي العجلات الخلفية التي عليها أن تتبع العجلات الأمامية حيث لا يمكن اختيارها بشكل مباشر وإنما يمكن اختيارها بشكل غير مباشر. فعلى سبيل المثال لو أن شخصا ما اختار أن يضرب برأسه في الحائط فهو سيؤلم رأسه، ولو اختار أن يجري في الحر فسوف يعرق بدنه. في كلا المثالين كان اختيار التفكير ثم العمل سابقين على اختيار ألم الرأس "الشعور" وتعرق البدن "وظائف الأعضاء ."

ثانياً/ المسؤولية:

البشر مسؤولون عن قلقهم واكتئابهم وغضبهم وأوجاعهم، وهم حينما يختارون الشقاء يختارونه على أنه الأفضـــل بالنســـبة لهم ولما يريدون، فالممارس المهني حينما يبدأ في تعليم المسـترشـد نظرية الاختيار –في الغالب- يعترض المسـترشـد قائلا: "أنا أتألم، لا تقل لي بأنني اخترت هذا الوضـع" وعلى الممارس المهني أن يجيب بأن الاختيار لم يكن مباشـرا، وهنا قد لا يقتنع المسترشد قائلا: ولماذا نختار الألم والمعاناة؟ والإجابة على هذا السؤال أوردها "جلاسر " (Glasser, 2007; 2000) في ثلاث تبريرات، تجيب على التسـاؤل التالي: لماذا يختار الناس الألم والمعاناة؟

-حينما يشارك الإنسان أو يدخل في علاقات غير مشبعة أو محبطة، فمن الطبيعي أن يتولد الغضـب، بسـبب هذا الغضـب قد يسـئ الإنسـان في القول أو الفعل في حق شـخص أو أشخاص آخرين، ثم تأتي الكآبة وربما أعراض مرضية أخرى كخيار لردع الغضب.

-الكآبة هي الطريق الشائع الذي أكتشفه الإنسان لأجل طلب المساعدة وبدون توسل أو استجداء، أليس الإنسان حينما يتألم تمد له يد المساعدة دون أن يطلبها؟

-الكآبة والأعراض المرضـية الأخرى تجعل الإنسـان يتجنب عمل الأشـياء التي يخشـاها، أو لديه خوف منها، فعلى سبيل المثال لو فصـل شـخص من عمله بالتأكيد سـتتولد لديه الكآبة، وقد يقول له الآخرين: "هيا بسـرعة ابحث عن وظيفة أخرى لأن انتظارك الطويل سيصعب عليك الحصول على عمل بديل" وهذا كلام صحيح، ولكن لأنه يخاف من التجربة مرة أخرى أو من النبذ أو الرفض في حالة عدم حصـوله على وظيفة جديدة، سـيختار الكآبة قائلا: "سأبحث عن وظيفة بديلة، ولكن لأنني مكتئب سأوجل البحث."

وبما أن الإنسـان هو الذي يختار أعماله، إذن هو المسـؤول عن اختياراته. وفي العلاقات الاجتماعية ليس هذا معناه بأن الإنسـان عليه أن يلوم أو يعاقب نفسـه. ولكن المرشـد الاجتماعي يدرك أن العملاء مسـؤولون عن خياراتهم، رغم أن العملاء يرفضـون وبشـدة فكرة أنهم اختاروا السلوك المرفوض أو اختاروا العناد لأنفسهم، لذا لابد أن يكون المرشد الاجتماعي واعياً لئلا يدخل في نقاش ساخن مع المسترشد حول هذا الموضوع

حيث وفي مثل هذه المواقف يفضل أن يركز المرشد الاجتماعي على نقطة هنا والآن، أي ما يمكن للعميل أن يختاره كالتقرب إلى الناس الذين يحتاج إليهم. على سبيل المثال الموظف الذي لديه علاقات سيئة مع رئيسه، عوضاً عن أن يختار اللوم، لماذا لا يختار التعاون والاحترام في العلاقة بينه وبين الرئيس، لأن الموظف قد خسر في الاختيار الأول، الذي هو العلاقة السيئة التي جلبت له المتاعب، فقد ينجح في الاختيار الثاني الذي هو التعاون والاحترام .

ثالثا/ التأكيد على الحاضر:

يرى "جلاسر (Glasser, 2007) "بأن الغالبية العظمى من العملاء يحتاجون إلى المرشد الاجتماعي لأنهم يعانون من مشكلات حدثت في الماضي وهم قد يدركون ذلك، وقد تكون لديهم القدرة على استعادة الماضي ومناقشته مع المعالج. فمن الأسباب التي تجعل العملاء يناقشون الماضي، ويغفلون الحاضر اعتقادهم بأن هذا ما يريده المرشد الاجتماعي. والحقيقة أن نتاج الماضي له بعدين: (نتاج الماضي لا يمكن تغييره- نتاج الماضي لابد من معرفته وفهمه). ففي العلاج الواقعي يتجنب العملاء الوضع المشكل بالنسبة لهم -الذي هو في العلاج الواقعي العلاقات الحالية غير المشبعة أو ناقصة الإشباع- حينما تكون لدى العملاء مشكلات من الماضي تصل إلى سن الطفولة، فهذا يعني أنه كانت هناك إساءة في معاملته كطفل، هذا من جانب، ومن جانب آخر يؤخذ هذا من وجهة نظر العلاج الواقعي على أنه ليس هناك ضرورة للخلاف حول من هو المخطئْ أو المسيء، لأن حدث الماضي لا يمكن مسحه ولا يمكن تبديله، حتى وإن كانت أحداثه تؤذينا حالياً، وبذلك يفترض ألا يكون العملاء ضحايا للماضي المرير، ما لم يختاروا أن يكونوا كذلك. لذلك بحث الماضي ومناقشته لون من إضاعة للوقت وإهدار للجهد. وكل ما نحتاج إليه في العلاج الواقعي هو محاولة تغيير الحاضر إلى الأحسن من خلال تغيير السلوكيات والتصرفات والاقتراب أكثر من الناس الذين يكون المسترشد في حاجة إليهم (Glasser, 2007).

وعلى المرشد الاجتماعي ألا يرفض مناقشة الماضي قطعيا، ولكن لا بأس أن يكرس الوقت الكاف الذي يمكن من خلاله التوضيح والتأكيد للعميل بأن إخفاقات الماضي ليس مرفوضا الحديث عنه لأجل الرفض فقط، وإنما لأن الماضي لا يمكن تغييره، وعلى المرشد الاجتماعي أيضا أن يؤكد على أهمية القرب من المشكلة الحالية، عوضا عن القرب من الماضي

رابعا/ تجنب التركيز على الأعراض المرضية:

مثلما أن العلاج الواقعي يدعو إلى تجنب صــــرف وقتاً طويلاً في مناقشــــة أحداث الماضــي مع المسـترشـد، فهو يؤكد على الفكرة نفسـها فيما يتعلق بالأعراض المرضـية. فالآلام والأعراض المرضية التي اختارها المسترشد – وفقا لاستراتيجية العلاج الواقعي- ليست ذات أهمية بالغة. وعلى المرشد الاجتماعي أن يصرف وقتا قليلا في التركيز على الآلام والأعراض المرضـية، والسـبب أنه ليس هناك من فائدة من التركيز على الآلام والأعراض المرضـية ما لم تتحسـن علاقات المسـترشـد التي هي في الواقع سـبب الآلام والأعراض المرضـية (Corey, 2001). يقول "جلاسر" استنادا إلى خبرته الطويلة في ممارسة العلاج الواقعي، بأن العملاء لا يملون من الحديث عن آلامهم "يتذمرون" طالما أن المعالج يســـتمع، لذلك فإن الاســـتمرار في الحديث عن آلام والأعراض المرضــية كالاســتمرار في الحديث عن ماضــي المســترشــد؛ كلا الحالتين من شأنهما إطالة العملية العلاجية أو إعاقتها، وهو ما ليس في صالح كلا الاثنين المعالج والمسترشد.(Glasser, 2007)

المفاهيم الأساسية للعلاج بالواقع :

اتفق كل من (صمويل تامر بشري ، ٢٠١٤ ، ٤١ ، ٤٢ ؛ عبدالسلام عبدالغفار ، ١٩٩٦ ، ٩٥ – ٩٩؛ محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٤ ، ٢٢١) أن جلاسر عرض أن هناك مفاهيم أساسية مرتبطة بالإرشاد بالواقع هي:

١. **المسؤولية** Responsibility : وهي جوهر العلاج بالواقع فقد ذكر عنها جلاسر: بأنها قدرة الفرد على تحقيق حاجاته وأهدافه بطريقة لا تحرم الآخرين من قدرتهم على تحقيق أهدافهم وحاجاتهم، والشخص المسئول هو الشخص المستقل فردياً، ولديه الدعم النفسي الداخلي كافي لتحديد ماذا يريد من الحياة ويشــبع حاجاته بطريق مســؤولة تلبي حاجاته وأهدافه. وجوهر العلاج في الواقع يقوم على تعليم الناس هذه المسؤولية، وكيف يصلون إلى أهدافهم وغاياتهم دون إيذاء الآخرين، ويرى جلاســـر أنه من الضـــروري أن نعلم المســـترشـــدين كيف يصـــيغون أهدافهم، ويشـــبعون حاجاتهم بطريقة مســـؤولة دون أن يحرموا الآخرين من ذلك.

٢. **الاستقلالية**-:Autonomy :يرتبط هذا المفهوم مع النضج، حيث يشير إلى قدرة الفرد على استعمال الدعم الذاتي، أي أن يقوم الفرد بتحمل المسؤولية الشخصية، أي يقف على قدميه نفسيا، وهذا لا يعني بالضبط أن يكون مندمجا وان لا يعطي وان يحب، بل يتخلى عن دعم البيئة المحيطة له وخصوصاً الأسرة.

٣. **الاندماج**:Lnvolvement :يقترب هذا المفهوم من مصطلح التعاطف، ولكنه يختلف عنه بأنه يتضمن الاتصال مع الآخرين وليس مجرد عاطفة، ويرى جلاسر أن هذه المهارة يجب أن توجد لدى المرشد أو المعالج، وهي أساس نجاح العلاقة بينهما، كما انها مهمة من أجل نجاح العلاقات مع المجتمع المحيط للفرد: مثل الأم، والأب، والمعلمين، والطلاب، وغيرهم.

٤. **إشباع الحاجات** Needs: يرى جلاسر أن السلوك غير المسؤول ينتج عندما يفشل الناس في أن يتعلموا القدرة على إشباع حاجاتهم بطريقة صحيحة، وبالتالي فهم يلجئون لأي طريقة لإشباع حاجاتهم بغض النظر عن الأسلوب، أي تصبح الغاية تبرر الوسيلة، وبغض النظر عن نوعية السلوك الذي يختارونه فمثلا : هناك من يخاف من الأماكن المزدحمة والضيقة، أو الطائرات أو المصاعد مع أنهم يعرفون بصراحة عدم عقلانية مخاوفهم، ويختار البعض الانتحار بدلا من مواجهة الواقع، مع انه كان بمقدورهم مواجهة مشكلاتهم من خلال سلوك أكثر مسؤولية. وهناك مجموعة من الحاجات البيولوجية الأساسية لدى الإنسان مثل الحاجة إلى البقاء والتنفس والتناسل والهضم و التعرق وضغط الدم المنتظم، وهي تحدث بشكل تلقائي.

-**الهوية**:Identity : وهي حاجة نفسية يسعى لتحقيقها كل فرد، وتميزه عن غيره وتنتج الهوية من الكيفية التي يرى الإنسان نفسه بها بالنسبة للآخرين، وقد ميز جلاسر بين نوعين من الهوية وهما:

أ- هوية النجاح: ترى أن الفرد يعرف نفسه ويرى نفسه مقتدراً وقادرا على كل شيء وله أهمية، فالأشخاص الذين لديهم هوية ناجحة يشعرون بأهميتهم بالنسبة للآخرين ولديهم القدرة على التأثير في بيئتهم ويستطيعون التحكم في المجتمع والاندماج مع الآخرين وتحقيق حاجاتهم.

ب-هوية الفشل : هي الهوية التي يكونها الأشخاص الذين لم تكن لهم علاقات وثيقة مع الآخرين، والذين لا يتصــرفون بمســؤولية، ويرون أنفســهم غير محبوبين ولا أهمية لهم ولديهم شعور دائم بخيبة الأمل.

٥. -**الواقع** :Reality :وهو الســلوك الحالي للفرد، وإذ يركز جلاســر في نظرية على السلوكيات الحالية للفرد أكثر من تركيزه على السلوكيات الماضية، ويرى أن السلوك الحاضــر هو الذي يعمل المرشــد على تغيريه والتحكم به ويدرك من تركيزه على الماضــي تركيزه على الحاضــر، أي بالقدر الذي يخدم الحاضــر، وكذلك يدرس العالم الواقعي وان الحاجات الشخصية يجب تحقيقها ضمن المدى أو المحددات التي يفرضها هذا العالم.

٦. -**التعلم**:Learning : يظهر من خلال الحياة، وهو مفهوم أســاســي في العلاج الواقعي (ونحن عبارة عن ما نفعله، وبعبارة أوضح نحن عبارة عن ما نتعلم فعله) والهوية توجد أو تدمج السلوكات المتعلمة وغير المتعلمة.

٧. -**البدائل**:Alternatives : أن الأشــخاص الذين يعانون من مشــاكل انفعالية يصــعب عليهم إيجاد حلول وبدائل كثيرة لمشــاكلهم، والتنوع في هذه البدائل وهنا تأتي مهمة المرشد في شرح وتفسير البدائل، ويساعد على وضع قائمة تشمل على عدة بدائل محتملة للمشكلة ومن غير أي حكم مبدئي على أهميتها، ثم يساعده المرشد على اختيار وتقييم اكثر هذه البدائل موضوعية ومنطقية، وأكثرها توافقا مع الهدف.

٨. -**الحب**:Love : عند جلاســر هو ما نفعله وليس ما نشــعر به، وهو الاهتمام أكثر والمركز في الشيء والذي لا ينقطع، أي يستحوذ على مجمل اهتمام الفرد.

٩. -**فردية الفرد**:هو يرتبط مباشرة بالهوية الناجحة ويعتبر ضرورياً لتحقيق الدافعية.

١٠- -**القوة النمائية**: Growth Force : كل فرد يرغب بان يكون لديه هوية ناجحة وان يكون علاقات جيدة مع الآخرين. وعندما يعجز الفرد عن ذلك عليه أن يغير هويته وشعوره وتفكيره وسلوكه، ويقول جلاسر نحن نعمل و نصنع السلوك وإذا أردنا تغيير ما نحن عليه يجب علينا تغيير ما نعمله ونبدأ بطريق جديد لسلوكياتنا.

مراجع الفصل الرابع

٢. آمال عبدالسميع باظه (٢٠١٥). ***بحوث وقراءات في الصحة النفسية*** ، ط١٤ ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

٣. آمال عبدالسميع باظه (٢٠١٦). ***الصحة النفسية و العلاج النفسي*** ، ط١٥ ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ٠

٤. أبوبكر محمد مرسي (٢٠٠٢). ***أزمة الهوية في المراهقة و الحاجة للإرشاد النفسي*** ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية ،

٥. إجلال محمد سري (٢٠١٥). ***علم النفس العلاجي***. القاهرة : عالم الكتب.

٦. أحمد فهمي عكاشة (٢٠١٤). ***الطب النفسي المعاصر*** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٧. أحمد يحيى الزق (٢٠٠٦). ***علم النفس*** .الأردن، عمان :دار وائل للطباعة والنشر.

٨. إنتصار محمد يونس (١٩٨٦) ***السلوك الإنساني*** ، عالم الكتب ، القاهرة.

٩. أنور محمد الشرقاوي (١٩٩٨). ***التعلم و نظرياته و تطبيقاته*** ، ط٥ ، القاهرة ، الأنجلو المصرية ٠

١٠. جابر عبدالحميد جابر ، علاء الدين أحمد كفافي (١٩٩٠). ***معجم علم النفس والطب النفسي*** ، الجزء الثالث، القاهرة : دار النهضة العربية.

١١. جابر عبدالحميد جابر ، علاء الدين أحمد كفافي (١٩٩٥). ***معجم علم النفس والطب النفسي*** ، الجزء السادس، القاهرة : دار النهضة العربية.

١٢. جمال الدين محمد الحنفي (٢٠٠٩). فعالية برنامج للإرشاد التكاملي لتنمية مفهوم الذات للمعاقين سمعيًا بنظامي العزل والدمج. ***رسالة دكتوراه*** ، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٣. حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧) مقدمه في الإرشاد النفسي وأثرها في عملية الإرشاد والعلاج ، دراسة إكلينيكية – ***الكتاب السنوي في التربية وعلم النفس*** – المجلد ٤– القاهرة- دار الثقافة للطباعة والنشر.

١٤. حامد عبدالسلام زهران(١٩٧١). ***الصحة النفسية والعلاج النفسي*** ، القاهرة ، عالم الكتب.

١٥. رشاد عبدالعزيز موسي (١٩٩١). ***علم النفس المرضي ، دراسات في علم النفس*** ، القاهرة : دار المعرفة.

١٦. رشدي فام منصور (٢٠٠٠). ***علم النفس العلاجي والوقائي: رحيق السنين*** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٧. سحر منصور القطاوي (٢٠١١). ***الإرشاد الأسري لذوي الإعاقة السمعية***. القاهرة : مكتبة مبارك العامة.
١٨. سعد جلال (١٩٩٢). ***التوجيه النفسي والتربوي والمهني*** ، القاهرة ، دار الفكر العربي.
١٩. سهام درويش أبوعيطة (٢٠١٢). ***مبادئ الإرشاد النفسي***. الطبعة الثانية ، عمان : دار الفكر العربي.
٢٠. طه عبدالعظيم حسين (٢٠١٤). ***الإرشاد النفسي : النظرية والتطبيق التكنولوجيا*** ، عمان ،دار الفكر للنشر والتوزيع.
٢١. عادل عبدالله محمد (٢٠١٦). ***العلاج المعرفي السلوكي : أسس وتطبيقات*** ، القاهرة ، دار الرشاد.
٢٢. عبدالستار إبراهيم عبدالستار (١٩٨٣). ***العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان*** ، القاهرة ، مكتبة مدبولي.
٢٣. عبدالستار إبراهيم عبدالستار (١٩٩٤). ***العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث : أساليبه وميادينه التطبيقية*** ، القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع.
٢٤. عبدالستار إبراهيم عبدالستار ، عبدالعزيز عبدالله الدخيل ، ورضوى إبراهيم (١٩٩٣). ***العلاج السلوكي للطفل*** ، الكويت ، سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
٢٥. عبدالسلام عبدالغفار (١٩٩٦). ***مقدمة فى الصحة النفسية*** ، القاهرة ، دار النهضة العربية.
٢٦. عبدالمطلب أمين القريطي (٢٠١٥). ***في الصحة النفسية*** ، القاهرة ، دار الفكر العربي.
٢٧. علاء الدين أحمد كفافي (٢٠١٤). ***الإرشاد والعلاج النفسي الأسري المنظور النسقي الاتصالي*** ، القاهرة : دار الفكر العربي.
٢٨. فاخر عاقل (١٩٩٢).***"معجم علم النفس"*** ،بيروت ،لبنان ، دار العلم للملايين.
٢٩. فرج عبدالقادر طه (٢٠٠٥) **معجم علم النفس والتحليل النفسي** ، ط٥ ، بيروت ، دار النهضه العربية.
٣٠. فرويد (١٩٨٩). ***التحليل النفسي في حركة مستمرة***: ترجمة وجيه اسعد ، دمشق ، منشورات وزارة الثقافة.
٣١. فؤاد أبو حطب وآمال صادق (٢٠٠٠). ***علم النفس التربوي*** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٢. لويس كامل مليكه (١٩٩٠). ***العلاج السلوكي وتعديل السلوك*** ، الكويت ، دار القلم.

٣٣. محمد السـيد عبدالرحمن ومعتز سـيد عبدالله (١٩٩٤) الأفكار اللاعقلانية لدي الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم ، ***دراسـات نفسـية*** ، العدد ٣ ، المجلد ٤ ، ص ص ٤١٥-٤٤٩ ، - رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية – القاهرة.

٣٤. محمد ماهر عمر (١٩٨٤). ***المرشد النفسي المدرسي*** ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

٣٥. محمد محروس الشناوي (١٩٩٤) ***نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*** ، القاهرة ، دار غريب.

٣٦. محمد محروس الشـناوي (١٩٩٦). ***العملية الإرشـادية*** ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر.

٣٧. مصطفي كامل عبدالفتاح (١٩٩٣) ***موسوعة علم النفس والتحليل النفسي***– بيروت - دار سعاد الصباح.

٣٨. ممدوحة محمد سلامة (١٩٩١). ***الإرشاد النفسي : منظور إنمائي*** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٩. نجـلاء طلحـه إبراهيـم (٢٠١٢). فعاليـة برنامج قائم على السيكودراما لتنمية الذكاء الوجدانى لدى المراهقين ضعاف السمع، ***رسالة ماجستير*** ، معهد البحوث والدراسات العربية : جامعة الدول العربية.

٤٠. هول و ليندزي(1978) ، "***نظريات الشخصية*** "، ترجمة فرج أحمد وقدري حفني، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للنشر والتوزيع.

٤١. وزارة التربية والتعليم (١٩٩٠). ***القرار الوزاري رقم (٣٧) بتاريخ ١٩٩٠/١/٢٨ المادة (١١) بشأن اللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة*** ، القاهرة ، مطبعة وزارة التربية والتعليم.

٤٢. وفيق صفوت مختار (٢٠١٠). ***الأسرة وأساليب تربية الطفل*** ، القاهرة: دار العلم والثقافة

٤٣. يوسـف قطامي، عبدالرحمن عدس .(2005) ***علم النفس العام*** .الطبعة الثانية، الأردن، عمان :دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

44. Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency., ***American psychologist***, 37, 2, 122 – 147.

45. Bartone , P. (2008). ***Hardiness and resilience*** , www.hardinessandresilience.com.

46. Cappelli , M. (2008). The Nature of the Social Experiences of Students with Deaf-Blindness Who Are Educated in Inclusive Settings , ***Journal of Visual Impairment & Blindness***, 102 (5) 272-283.

47. Chan , L. K. S (1995). Relationship Of Motivation Strategic Learning Reading Achievement In Grades 5 , 7. ***Journal Of Experimental Education*** , pp. 319

48. Chularut, P;& De Backer ,T. (2004). the influence of concept mapping on achievement, self regulation and self efficacy in students of English as a second language. ***Contemporary Educational Psychology*** ,12,(29), 248-263.

49. Corey, G. (1996). ***Theory and Practice of Group Counseling***. Monterey, CA: Brooks /Cole.

50. Corey,G. (2001).***Theory and practice of counseling and psychotherapy***;An Internation Thomson Publishing Company, Washington

51. Corsini, R. (1987). Concise Encyclopedia of Psychology, Wiley-Inter Science, New York, Journal Citation American Annals of Deaf, Development of the Deal, ***Child***, V. 14, N. 2, pp. 66-80.

52. Dalrymple, L.; Herbert, D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A Pilot Study , ***Behavior Modification***, 31 (5) 543-568.

53. Davis D,(1990). Multi sensory covert tarns formation: Technique for schematic modification , Paper ***presented at the International Conference on Cognitive Therapy Philade*** Phia P.A

54. Florian , V. et al. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a Stressful real life situation ? ***the role of personality and social psychology*** , 69 (4) 687-695.

55. Funk, S. C., (1992). Hardiness: A Review of theory and research, ***health psychology*** VOL. 11, No. 5, pp. 335 – 345.

56. Glasser , (2007). ***Reality Therapy***. Theory & practices. lectures.
57. Golman , D.(1995) ***Emotional intelligence*** – Bantam Books.-
58. Graham, L;& Robinson, E. (2007). Achievement motivation internal locus of control goal orientation, and academic self- efficacy. ***Physical Educator Indianapolis***,64,3,114-123.
59. Gresham,F. (1988). Self efficacy difference among mildly handicapped, gifted and non handicapped students. ***The Journal of special. Education***, (18) PP,90-100.
60. Harrington E. (1998). Systematic Review Of Efficacy Of Cognitive Behavior Therapy In Childhood And Adolescent Depressive Disorder , ***British Medical Journal*** , 310.
61. Hayes, A.; Hope, A.; Heimberg & Richard G. (2008b).. The Pattern of Subjective Anxiety during In-Session Exposures over the Course of Cognitive-Behavioral Therapy for Clients with Social Anxiety Disorder , ***Behavior Therapy*** , 39 (3) 286-299.
62. Hayes, A.; Miller, A.; Hope, A.; Heimberg, G.; Juster & Harlan R. (2008a). Assessing Client Progress Session by Session in the Treatment of Social Anxiety Disorder: The Social Anxiety Session Change Index , ***Cognitive and Behavioral Practice***, 15 (2) 203-211.
63. Hildebrandt , d. (2007). ***relationship between body image and self-esteem of ninth and twelfth graders*** , from : www.uwstout.edu/lib/theis/2007.
64. Jacobson'A.M'Hauser'S.T(2000). ***Psychological adjustment with recently diagnosed diabetes mellitus' Diabetes*** Care vol.9' No.4' pp323-328.
65. Johnson, M. (2004). Hardiness skills for girls, institute for girls development, ***a psychological corporation***, 1-4.
66. Kobasa, S, C, (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers , ***journal of personality and social psychology***, VOL. 42, No. 4, pp. 707 – 717.
67. Kobasa, S. (1979). Stressful the events personality and health: An inquiry in hardiness , ***journal of personality and social psychology*** VOL. 37, No. 1, pp. 1 – 11.

68. Kobasa, S. ; maddi , D. & Pucceti, M. (1983). Personality and social resources in stress resistance, ***journal of personality and social psychology***, VOL. 45, No. 4, pp 839 – 880.

69. Kobasa, S.C. (1983). Type a and hardiness, ***Journal of Personality and Social Psychology***,42, 165-177.

70. Kobasa, S.C; Maddi , S.R. Puccetti, M.C. and Zola, M.A., (1985).Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. ***Journal of Psychosomatic Research,*** vol, 29, pp.525-533.

71. Lazarus, R.S.(1961).***Adjustment and Personality*** , New York: MC Graw Hill Book Company Nnc.

72. Maag , W. (2008). Rational Emotive Therapy to help Teachers control their emotions and behavior when dealing with disagreeable students , ***Intervention in School and clinic*** , 44 (1) 52-57.

73. Maddi, S.R. (2004). Hardiness: An operatinalization of Existential Courage, ***Journal of Humanistic Psychology***, 44(3) 279-298.

74. Maddi, S; & Khoshaba, D. & Vaitkus, M. (2006). Relationship of hardiness, and religiousness to depresshon and anger, Consulting psychology. ***Jornal Practice and research***, 58, (3),148-161.

75. Masten, A.S. (2009). Drdinary Magic: lessons from research on resilience in human development. ***Education Canada*** , 49 (3). 28-32.

76. Moores, P. (1996). Learning And Teaching In Virtual Worlds : Implications Of Virtual Reality For Education , ***Australian Journal Of Educational Psychology*** , 11 (12) 3-4.

77. Murk, J. (1999). ***Self- esteem.:*** Springer Publishing Company Inc-Second Edition- London.

78. Nicodemo , d. , Pereira , m. and Ferreira , l. , (2008). self-esteem and depression in patients presenting angle class , ***lll malocclusion submitted for other agnatic surgery , med oral pathology oral cir bucal*** , jan 1 , 13 (1). e 48-51.

79. Rien , L.; Woods, M.; Heimberg, G. (2012). The Reverse of Adjustment Is Not Always the Opposite: The Reverse-Scored Items of the Social Interaction Anxiety Scale Do Not Belong , ***Behavior Therapy*** , v38 n2 p192-206.

80. Robert, S. (1998). ***Theoretical Foundations of Multimedia*** , Computer science press, New York.

81. Rowe , d. , (2004). ***development and validation of a questionnaire to measure body image***. ph. d. , the university of Georgia.

82. Schultz, T.; Heimberg, G.; Rodebaugh, L.; Schneier, R.; Liebowitz, R.; Telch, J. (2006). The Appraisal of Social Concerns Scale: Psychometric Validation with a Clinical Sample of Patients with Social Anxiety Disorder , ***Behavior Therapy*** , 37 (4) 392-405.

83. Staines , J.W. (1963) The self – concept in learning and teachin-In Swift , D.F.(Ed) (1970)- Basic reading in sociology of education- great reading in sociology of education , Great Britain : Rout ledge, ***Kegan Paul Limited*** (1970) – 39-55.

84. Watson , M. (1986). The adjustment of deaf children a predimia cyclonical model ***, D.A.I*** , (49-9) 1115.

الفصل الخامس

البرنـامج الإرشادى النفسى الدينى

١ - تطور الإرشاد النفسى الدينى .

٢ - أهمية الدين والنمو النفسى الدينى فى حياة الإنسان.

٣ - مفهوم الإرشاد النفسى والإرشاد النفسى الدينى.

٤ - أسس الإرشاد النفسى الدينى.

٥ - أهمية الإرشاد النفسى الدينى

٦ - أهداف الإرشاد النفسى الدينى.

٧ - فنيات الإرشاد النفسى الدينى

٨ - مزايا الإرشاد النفسى الدينى.

٩ - أوجه النقد للإرشاد النفسى الدينى

الفصل الخامس

البرنامج الإرشادى النفسى الدينى

١ - مفهوم الإرشاد النفسى الدينى:

ظهرت عدة تعريفات للإرشاد النفسي الديني في البيئة العربية وخاصة بعد التفاف عدد كبير من الباحثين والعلماء في مجال الصحة النفسية والإرشاد والعلاج النفسيين نحو القرآن الكريم والسنة المطهرة وكتابات علماء المسلمين.

فيعرفه "مصطفى فهمي" (١٩٨٧) بأنه:

أسلوب يعتمد على التوجيه والاستبصار، وعلى معرفة الفرد لنفسه ولربه ولدينه، والقيم والمبادئ الروحية والخلقية، وهذه المعرفة غير الدنيوية والمتعددة الأركان، تعتبر مشعلا يوجه الفرد في دنياه ودينه، استبصارا بنفسه وبأعماله وذنوبه وآثامه وطرائق توافقه في حاضره ومستقبله.

(مصطفى فهمي، ١٩٨٧: ٢٥٩)

ويشير محمد عثمان نجاتي (١٩٨٧) إلى أن العلاج النفسي الديني هو:

عملية تعلم، يتم فيها تعديل وتغيير الأفكار والاتجاهات والعادات والسلوك، أي هو عملية تصحيح تعلم سابق غير سليم، اكتسب فيها المريض أفكارًا خاطئة أو وهمية عن نفسه وعن غيره من الناس، وعن الحياة والمشكلات التي تجابهه وتسبب له القلق، ويحاول المعالج أن يصحح أفكار المريض ويجعله ينظر إلى نفسه وإلى الناس وإلى مشكلاته نظرة واقعية صحيحة.

(محمد عثمان نجاتي، ١٩٨٧: ٢٥٩)

ويعرف سيد صبحى (١٩٨٨)الإرشاد النفسي الديني بأنه أحد المساعدات الإرشادية التي تستخدم كأداة للتغلب على العقبات التي تقف في سبيل التوافق النفسي وتحقيق الحاجات النفسية والفسيولوجية لدى الأفراد بصفة عامة، والشباب بصفة خاصة، وذلك عن طريق الإفادة بمحتوى القرآن الكريم والسنة المطهرة كأحد المساهمات في تصحيح الأفكار والتصورات الخطأ.

(سيد صبحى، ١٩٨٨ : ٢٢٠)

وتعرفه زينب شقير" (١٩٩١) بأنه:

محاولة استعادة صفات وخصائص النفس المطمئنة بالصحة النفسية، بكل الصفات التي اقرها الدين الإسلامي الحنيف من قبل، التي فقدها الفرد بسبب إغوائه وانزوائه وراء نزعاته وأهوائه.

(زينب محمد شقير، ١٩٩١: ١٩٧)

و يعرفه حامد عبد السلام زهران (١٩٩٥) الإرشاد النفسي الديني بأنه أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم، يقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم الروحية والأخلاقية.

(حامد عبدالسلام زهران، ١٩٩٥ : ٣٧٧)

ويعرفه محمد عبد التواب معوض (١٩٩٦) بأنه : شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادئ دينية وروحية وأخلاقية بغية تصحيح وتغيير الأفكار المشوهة والتصورات المختلة وظيفياً لدى الفرد في أمور الحياة كلها، ومساعدته على تحمل مشاق الحياة ، ويبعث الأمن والطمأنينة في النفس وراحة البال ويغمره الشعور بالسعادة.

(محمد عبدالتواب معوض، ١٩٩٦ : ٨)

ويعرفه محمود إبراهيم عبد العزيز فرج (١٩٩٨) بأنه عملية توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم، تتضمن تصحيح وتغيير تعلم سابق خطأ، وهو إرشاد تدعيمي يقوم على استخدام القيم والمفاهيم الدينية والخلقية، ويتناول فيه المرشد مع العميل موضوع الإعتراف والتوبة والإستبصار، وتعلم مهارات وقيم جديدة تعمل على وقاية وعلاج الفرد من الاضطرابات السلوكية والنفسية.

(محمود ابراهيم عبدالعزيز فرج، ١٩٩٨ : ٢٦)

ويعرفه "عادل خضر" (٢٠٠٠) بأنه: محاولة مساعدة الفرد لاستخدام المعطيات الدينية للوصول الي حالة من التوافق تسمح له بالقدرة علي ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعد على النجاح في الحياة.

(عادل خضر، ٢٠٠٠ : ٢٢٠)

ويعرفه راشد على السهل (٢٠٠١) بأنه مجموعة من الخدمات التخصصية التي يقدمها مختصون " مرشدون " في علم النفس الإرشادي إلى أشخاص " مسترشدون " يعانون من سوء توافق نفسي أو شخصي أو اجتماعي بهدف مساعدتهم على تجنب الوقوع في مشكلات أو محن نفسية أو اجتماعية أو أسرية، وتقليل آثارها إذا وقعت، وتزويدهم بالمعارف الدينية والعلمية والمهارات الفنية لتحسين توافقهم (النفس – شخصي) مع هذه الظروف استرشاداً بالعبادات والقيم الدينية، مثل : التقوى، والتوكل، والصبر، والإيمان بالقضاء والقدر، والدعاء، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى استغلال فنيات وأساليب نظريات الإرشاد النفسي بأنواعها كوسائل معينة من مساعدة المسترشد على تحقيق النمو الذاتي وتحمل المسئولية الاجتماعية وتحقيق أهدافه المشروعة من الناحية الدينية في نطاق قدراته وإمكانياته.

ويعرفه طارق بين على الحبيب (٢٠٠٥) بأنه: طريقة من الطرق الإرشادية التي تستخدم فتيات الدين وقيمة ومفاهيمه في إصلاح عيوب النفس وإرجاعها إلى فطرتها السليمة التي فطرها الله عليها.

(طارق بن على الحبيب، ٢٠٠٥: ١٢)

ويعرفه "روبرت ليهي Robert Leahy" (٢٠٠٦): بأنه شكل من إشكال العلاج النفسي الحديث على أساليب ومفاهيم ومبادئ دينية وروحية وأخلاقية بهدف تصحيح وتغيير الأفكار المشوهة والتصورات المختلفة وظيفيًا لدى الفرد في الأمور الحية كلها، ومساعدته على تحمل مشاق الحياة وبعث في أمور الحياة كلها، ومساعدته على تحمل مشاق الحياة وبعث الأمل والطمأنينة في النفس، وراحة البال ويغمره الشعور بالمساعدة.

(روبرت ليهي، ترجمة جمعة يوسف، محمد الصبوة، ٢٠٠٦: ٩٣)

ويعرفه الباحث بأنه : شكل من أشكال العلاج النفسى الحديث، يقوم على تقديم توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم للمسترشد، من خلال مجموعة من الأساليب والمبادئ الأخلاقية والدينية والروحية المستمدة من القرآن الكريم والسنة النبوية، والتى تربط الإنسان بخالقه، بهدف تصحيح بعض المفاهيم الخاطئة، وتعلم واكتساب مهارات تعينه على تحمل مشاق الحياة للوصول إلى درجة من الرضا والأمن والطمأنينة والتوافق النفسى.

٢ - تطور الإرشاد النفسى الدينى:

بدأ الإهتمام بدراسة الإرشاد النفسى الدينى بشكل رسمى منذ عام (١٩٨٠) وذلك بعد كتابات كارل يونج (١٩٣٨) عن الدين والشخصية، وجوردن ألبورت (١٩٦٧) عن الإتجاه الدينى، وإريك فروم (١٩٧٧) عن الدين والتحليل النفسى، وكتابات كولبرج (١٩٨٠) عن النمو الخلقى، وظل هذا الإتجاه ينمو وأصبح له بعض الرواد والباحثين، وقد تطور الإرشاد النفسى الدينى، وأصبح يمثل اتجاهاً قوياً فى الإرشاد والعلاج النفسى يضم العديد من البحوث والدراسات لبعض علماء الصحة النفسية والإرشاد النفسى، مثل دراسات : إيفريت وارثينجتون (١٩٨٠ - ١٩٩٥) وألن بيرجين (١٩٨٤ - ١٩٩٣) وستيفين هيندلين (١٩٨٩) وروبرت لوفينجر (١٩٩٠) وجارى كولينز (١٩٩١) وغيرهم من علماء الإرشاد النفسى.

(محمود ابراهيم عبدالعزيز فرج، ١٩٩٨ : ٢١ -٢٢)

ويشير وارثينجتون (١٩٩٣) إلى أن الدراسات والبحوث فى الإرشاد النفسى الدينى تطورت فى أربعة اتجاهات رئيسية هى :

١ - الإتجاه الأول : النظريات والبحوث الأكاديمية، ويتناول تغيير القيم الدينية من خلال الإرشاد والعلاج النفسى، مثل بحوث ألن بيرجين (١٩٨٠-١٩٨٨) وارثينجتون (١٩٨٤-١٩٨٥) ولوفينجر (١٩٨٤-١٩٩٠)

٢ - الإتجاه الثانى : النظريات العلمانية والمنظور الدينى، ويتناول اتجاه بعض المعالجين والمرشدين نحو استخدام بعض الفنيات التى تستخدم فى الإرشاد العلمانى مع بعض العملاء الدينيين، ومنها بحوث استفون جونز وريتشارد بوتمان (١٩٩٣) .

٣ - الإتجاه الثالث : الفروق الدينية عند استخدام النظريات العلمانية، ويبحث فى أثر الفروق الدينية لدى المعالج أو المرشد النفسى والعميل، ومنها أبحاث ألبرت إليس (١٩٧٨) عن أهمية العلاج العقلانى الإنفعالى فى تغيير المعتقدات الدينية، ونيوتن مالونى (١٩٩٣).

٤ - **الإتجاه الرابع** : النظريات الخاصة بالإرشاد الدينى، ويمثل البحوث الخاصة بالإرشاد والعلاج الدينى، مثل كتابات جارى كولينز (١٩٩١) ودافيد بينر (١٩٨٧) عن استخدام الدين المسيحى فى الإرشاد النفسى.

(Worthington , 1993 :32 -33)

ويرى الباحث أن هذا الإتجاه فى مصر والبلاد العربية يحتاج إلى مزيد من الجهود بالرغم من وجود بعض الدراسات الهامة مثل دراسات : سيد صبحى (١٩٨٠) ، حامد زهران (١٩٨٥) وإسعاد البنا (١٩٩٠) وزينب شقير (١٩٩١) ويوسف عبد الصبور (١٩٩٢) ومحمد محروس الشناوى (١٩٩٣) وكمال مرسى (١٩٩٥) .

٣ - أهمية الدين والنمو النفسى الدينى فى حياة الإنسان :

التدين فطرة إنسانية مرتبطة بوجود الإنسان منذ نشأته، قال الله تعالى :

(فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ من آية ٣٠ سورة الروم . **وقَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ** : (**مَا مِنْ مَوْلُودٍ إِلَّا يُولَدُ عَلَى الْفِطْرَةِ)** رواه البخارى.

ويعتبر التدين ظاهرة اجتماعية نفسية وجدت مع الإنسان منذ زمن بعيد، فهو لذلك ظاهرة أساسية فى حياة الشعوب، استمدت مبررات وجودها من عوامل واقعية داخل المجتمعات، ومن الظروف الخاصة بالتحولات الإجتماعية والإقتصادية، والمشكلات العميقة التى تواجهه.

(نزار مهدى الطائى، ١٩٩٣ : ٥)

ويعتبر الدين عاملاً هاماً فى حياة الفرد النفسية، وعنصراً هاماً فى نمو شخصيته، فالدين من أعظم دعائم السلوك الإنسانى حيث يساعد الفرد على التصرف بحكمة وتعقل فى جميع نواحى الحياة الشخصية والإجتماعية والإقتصادية والثقافية، كما أن الدين يساعد على الإهتداء إلى الأنماط السلوكية فيوصى بعدم التطرف والمغالاة، وبضرورة إحداث توازن بين جانبى الحياة المادى والروحى تحقيقاً للتوافق وتكامل الشخصية .

(رجاء الخطيب، ٢٠٠٢ : ٦)

إن التدين والإيمان بالله له أهمية بالغة فى حياة الإنسان حيث يعتبر عاملاً مهماً فى بناء ونمو الشخصية، كما يؤدى جملة من الوظائف التى لا غنى عنها لكل من الفرد والمجتمع، ويمكن عرض بعض هذه الوظائف كالتالى :

١ - يبعث فى النفس الطمأنينة ويبعد عنها الهم والقلق والإضطراب، قال الله تعالى :

(**الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ)** آية ٢٨ سورة الرعد.

فالإيمان يجعل المؤمن مطمئناً غير قلق، ثابتاً غير متقلب، واثقاً غير متردد، مستقيماً غير متعرج، بسيطاً غير متكلف، لا يقع فى تناقض الوجدان ولا يعذبه تعارض الحاجات والرغبات.

(يوسف القرضاوى، ١٩٧٩ : ١٠)

٢ - يوفر نظام من الضبط الإجتماعى من خلال المساهمة فى تكوين ضمير الفرد والجماعة، حيث تقوم المبادئ الدينية وما يرتبط بها من قيم ومعتقدات مختلفة بتقوية الضبط الإجتماعى الداخلى، وتكوين ضمير الإنسان وتقوية دواعى الخير لديه.

٣ - يساعد على توفير الأمن الذى يعد مصدراً أساسياً للصحة النفسية، واختفاء عوامل القلق النفسى لدى مختلف الأفراد فى المجتمع، حيث أن قيام الدين بمحاولة التنبؤ بأسرار ما بعد الحياة واتجاهه لتبشير المؤمنين خيراً، وتوعد المسيئين شراً، كذلك يعمل على حل الكثير من الإضطرابات النفسية، وبالتالى تقوية عوامل الإستقرار فى حياة الفرد.

(عدلى على أبو طاحون، ١٩٩٩ : ٢١-٢٢)

٤ - يبعث فى النفس الرضا واليقين ويبعد عنها السخط والشك والريبة، قال الله تعالى : **(رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمْ وَرَضُوا عَنْهُ ذَلِكَ لِمَنْ خَشِيَ رَبَّهُ)** من آيه ٨ سورة البينة.

فالمؤمن يرضى الله عنه، كما أنه راض عن الله، وهذا يجعله منشرح الصدر طيب النفس سمح الوجه، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : **(ذَاقَ طَعْمَ الْإِيمَانِ مَنْ رَضِيَ بِاللَّهِ رَبًّا وَبِالْإِسْلَامِ دِينًا وَبِمُحَمَّدٍ رَسُولًا). رواه مسلم.**

٥ - يشيع فى النفس تفاؤلاً ويحميها من التشاؤم مما يجعل المؤمن راضياً عن ماضيه وحاضره ومستقبله، فلا يتحسر على ما فاته، ولا يسخط على ما أتاه، ولا يخاف مما سيأتيه، لأن كلاً من عند الله، قال الله تعالى : **(قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ).** آية ٥١ ، سورة التوبة.

وتفاؤل المؤمن يجعله إذا مرض لا ينقطع أمله فى العافية، وإذا أصابه عسر لا ينقطع أمله فى اليسر، وإذا حلت به ضائقة لا يقطع أمله فى الفرج، وإذا أخطأ أو أذنب لا ييأس من المغفرة أو التوبة، فرجاؤه فى الله ليس له حدود، فلا يضعف أمام الصعوبات بل يجد ويجتهد وكله ثقة فى الله الذى بيده الخير وهو على كل شئ قدير.

٦ - ينمى فى النفس قناعة بقسمة الله فى الرزق والصحة والقدرات والمواهب والزوجة والولد، فالمؤمن قنوع، وطموحاته فى حدود قدراته وإمكاناته، وظروف الواقع الذى يعيش فيه، ولا يتمنى ما فضل الله به بعض الناس عليه، قال الله تعالى : **(وَلَا تَتَمَنَّوْا مَا فَضَّلَ اللَّهُ بِهِ بَعْضَكُمْ عَلَى بَعْضٍ لِلرِّجَالِ نَصِيبٌ مِمَّا اكْتَسَبُوا وَلِلنِّسَاءِ نَصِيبٌ مِمَّا اكْتَسَبْنَ وَاسْأَلُوا اللَّهَ مِنْ فَضْلِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمًا).** آية ٣٢ سورة النساء.

وقناعة الإيمان ليست رضاً بالدونية، ولا بحياة الهوان والذلة، ولا تعنى ضعف الهمة والزهد فى الطموح والترقى، لأن المؤمن مطالب بالعمل من أجل رزقه، وبالجد والمثابرة من أجل تحقيق طموحاته فى هذه الحياة الدنيا.

(كمال ابراهيم مرسى، ١٩٨٨ : ١٣٢)

٧ – ومن أبرز الوظائف التي يؤديها الدين للفرد والجماعة تحقيق الاستقرار النفسي، فحينما يصاب الأفراد بالتمزق النفسي والصراعات الداخلية يحقق لهم الدين توازناً نفسياً عن طريق ما يسوقه من علاج نفسي، وتوجيه إلهي، لقول الله تعالى : (أَهُمْ يَقْسِمُونَ رَحْمَةَ رَبِّكَ نَحْنُ قَسَمْنَا بَيْنَهُم مَّعِيشَتَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَرَفَعْنَا بَعْضَهُمْ فَوْقَ بَعْضٍ دَرَجَاتٍ لِيَتَّخِذَ بَعْضُهُم بَعْضاً سُخْرِيّاً وَرَحْمَتُ رَبِّكَ خَيْرٌ مِّمَّا يَجْمَعُونَ). آية ٣٢ سورة الزخرف.

وبالإضافة إلى ما سبق يؤكد حامد زهران (١٩٩٥) أنه يجب النظر إلى التدين كأحد أبعاد الشخصية الهامة فى المراهقة، ويتناول الدين كل نواحى الحياة الشخصية والإجتماعية والإقتصادية والثقافية والنفسية، وسواء كان الإتجاه نحو الدين موجباً أو سالباً فإن الدين يعتبر قوةً دافعة خلال فترة المراهقة بصفة خاصة.

(حامد عبدالسلام زهران، ١٩٩٥ : ٣٩٧)

والمراهق يلتمس فى الدين مخرجاً يحقق له الشعور بالأمن الذى يفقده بسبب ما يعانيه من أزمات نفسية واضطرابات انفعالية ، والمراهق ينظر إلى الدين على أنه طريق يؤدى إلى الخلاص والتغلب على مشكلاته اليومية التى يواجهها فى الحياة.

إن النمو الدينى عملية مستمرة، تبدأ منذ الطفولة، وتستمر حتى نهاية الحياة، وأن النمو الدينى يمكن أن يتوقف عند مرحلة معينة يصاب فيها الفرد بالإضطراب النفسى، فهو مركب انفعالى يحتوى على انفعالات متعارضة يلعب فيها التلقين والتعلم والتنشئة الإجتماعية دوراً هاماً فإذا كانت البيئة التى يعيش فيها الفرد تحافظ على القيم والتعاليم الدينية والإجتماعية، يأخذ السلوك الدينى للفرد شكلاً صحيحاً، ويصبح الدين وسيلة للتوافق والصحة النفسية.

(محمود ابراهيم عبد العزيز فرج، ١٩٩٨ : ١٧-١٨)

وهكذا يتضح أهمية النمو النفسى الدينى فى حياة الإنسان، لما يقدمه الدين من خدمات عظيمة تؤثر إيجاباً فى حياة الإنسان، وتسعى به نحو الكمال والتوافق النفسى مع النفس والمجتمع، هذه فطرة الله التى فطر الناس عليها، فإن تغييب الدين عن الإنسان اصطدام بفطرته التى فطره الله عليها، وبالتالى عدم وجود التوافق والتماسك الداخلى، والتفاعل الخلاق والإيجابى بينه وبين نفسه من جهة، وبينه بين مجتمعه من جهة أخرى.

٤ - أسس الإرشاد النفسى الدينى:

يقوم الإرشاد النفسي على أسس عامة تتمثل في عدد من المسلمات والمبادئ التي تتعلق بالسلوك البشري والعميل وعملية الإرشاد، وعلى أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسي، وعلى أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية ومطالب النمو، وعلى أسس اجتماعية تتعلق بحاجات الفرد والمجتمع، وعلى أسس فسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبي والحواس، ويقوم الإرشاد النفسي الديني على أسس ومبادئ ومفاهيم دينية روحية وأخلاقية.

(حامد عبدالسلام زهران، ١٩٩٤ : ٣٠٢)

و يسعى علم النفس الديني إلى التأصيل الديني للإرشاد والعلاج النفسي من خلال تأسيس الإرشاد النفسي على أسس ومنطلقات وممارسات دينية تجعل الإرشاد النفسي أكثر كفاءة عند الأفراد في وقايتهم من الاضطرابات النفسية ومساعدتهم على استعادة الصحة النفسية.

(كمال ابراهيم مرسى، ١٩٩٩ : ١١٠)

إن الإرشاد النفسي الديني يقوم على أسس تعتمد على معطيات الأديان السماوية من الكتب المقدسة وسنة الأنبياء والمنقول عن أعلام الدين من القيم والمبادئ الدينية والخلقية، وذلك تبعاً لدين كل مسترشد، فالإرشاد النفسي الديني للمسترشد المسلم مثلاً يعتمد على مبادئ وأسس مستمدة من القرآن الكريم والسنة النبوية وإسهامات العلماء المسلمين أمثال الغزالي وابن القيم والكندي والرازي وغيرهم.

والقرآن الكريم هو الدستور الخالد الذى لايشوبه التحريف ولا التبديل، فيه الكثير من الأيات التى تشرح طبيعة النفس الإنسانية وما يصيبها من اضطرابات نفسية وانحرافات سلوكية، والله سبحانه وتعالى هو الذى خلق الإنسان ويعلم أسباب فساده وانحراف سلوكه، وهو الذى يعرف طرق علاجه ووقايته من أهواء ورغبات نفسه، ويحدد لها طرق الإشباع الذى يحقق السعادة فى الدنيا والآخرة، وعلى المرشد المسلم أن يستفيد بما جاء فى القرآن الكريم من تعاليم ومبادئ سامية، قال الله تعالى : (**إِنَّ الدِّينَ عِنْدَ اللَّهِ الْإِسْلَامُ**) . من آية ١٨ ، سورة العمران. وقال الله : (**وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ**). من آية ٨٢ ، سورة الإسراء.

والذى يتأمل السنة النبوية يجد الكثير من أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم، التى تعالج النفس الإنسانية، وتحقق لها الهدوء والطمأنينة والإيمان والثقة الكاملة فى الله، وكان يعلم الصحابة بعض الأدعية والأذكار والأداب الإجتماعية والخلقية، مثل آداب الأكل والشراب والزواج والإستئذان، والتفاعل الإجتماعى مع الآباء و الجيران والأصدقاء، واحترام حقوق الآخرين وحريتهم، والتى لو تمسك بها الفرد لشعر بالسعادة فى الدنيا والآخرة.

(محمود ابراهيم عبد العزيز، ١٩٩٨ : ٢٦-٢٧)

عن ابن عباس رضى الله عنه قال: قال رسول صلى الله عليه وسلم : (إنى قد تركت فيكم ما ان اعتصمتم به فلن تضلوا أبداً كتاب الله وسنة نبيه). السنن الكبرى للبيهقى.

وعن أبى هريرة رضى الله عنه قال : قال صلى الله عليه وسلم : (مَا أَنْزَلَ اللَّهُ دَاءً إِلَّا أَنْزَلَ لَهُ شِفَاء). رواه البخارى. وعن جابر رضى الله عنه قال : قال صلى الله عليه وسلم : (لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءٌ فَإِذَا أُصِيبَ دَوَاءُ الدَّاءِ بَرَأَ بِإِذْنِ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ). رواه مسلم.

وعَنْ عَلِيٍّ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ : كَانَ النَّبِيُّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ إِذَا عَادَ مَرِيضًا قَالَ :

(اللَّهُمَّ أَذْهِبْ الْبَأْسَ رَبَّ النَّاسِ وَاشْفِ فَأَنْتَ الشَّافِي لَا شِفَاءَ إِلَّا شِفَاؤُكَ شِفَاءً لَا يُغَادِرُ سَقَمًا). رواه الترمذى.

ويشير محمد عبدالتواب معوض إلى أن الإرشاد النفسي الديني يقوم على مجموعة من المبادئ هي :

١ – المناقشة الدينية القائمة على النظرة الموضوعية للأفكار واحترام حرية الفرد في التفكير.

٢ – يعد الإرشاد النفسي الديني إرشاداً بنائياً وموجهاً نحو المشكلات النفسية.

٣ – يقوم على نموذج تربوي، حيث إنه في طريقته لإرشاد الأفراد ذوي المشكلات النفسية يولي اهتماماً أكثر لعملية التعلم بجانب عملية التفاعل، فالجلسة تبدأ بمادة تعليمية دينية ونفسية يلقيها المرشد مع الحرص على إعطاء مفاهيم وتصورات صحيحة للمبادئ والقيم الإسلامية، كما يتم التعليم أيضاً من خلال القدوة.

٤ – تعتمد فنيات الإرشاد النفسي الديني على الفهم الصحيح للعبادات الدينية وممارستها ممارسة الرياضة الروحية.

(محمد عبد التواب معوض، ١٩٩٦ : ٣٨٠)

ويشير محمود ابراهيم فرج (١٩٩٨) إلى أن الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي في ضوء الإسلام تتمثل في:

١ – الإفادة مما جاء في القرآن الكريم والسنة النبوية من قيم ومفاهيم دينية وخلقية في الإرشاد النفسي الديني.

٢ – الأخذ بما توصل إليه علم النفس الحديث في مجال الإرشاد النفسي الدينى.

٣ – الإفادة من التراث الإسلامي، وما تركه علماء المسلمين من آراء ونظريات نفسية في الإرشاد النفسي الديني.

٤ – قابلية السلوك للتعديل والتغيير، حيث يؤكد الإسلام على أهمية العقل والتفكير وقابلية الإنسان للتعلم.

٥ – التدرج في تعديل السلوك من البسيط إلى الصعب، حيث يقر الإسلام بمبدأ التدرج في التخلص من العادات والسلوكيات السيئة وتعلم سلوكيات جديدة بدلاً منها.

٦ – يقرر الإسلام مبدأ الفروق الفردية، وأن كل فرد مسئول عن تصرفاته، والفرد الذى يشعر بالمسئولية الإجتماعية نحو أسرته وعمله والمجتمع بعامة، هو شخص سوى يشعر بالرضا والصحة النفسية، وأن الفرد لديه الحرية فى اختيار قراراته.

٧ – المرشد الدينى الذى يقوم بالإرشاد والعلاج النفسى تبعاً للمنهج الإسلامى يجب أن يكون على دراية كاملة بالإسلام، ورفيقاً فى القول والفعل، عمله يطابق قوله، يعطى القدوة الحسنة للعملاء الذين يحتاجون للإرشاد النفسى، ولديه القدرة على الإقناع والإيحاء ويتمتع بالتسامح الدينى.

(محمود ابراهيم عبدالعزيز، ١٩٩٨ : ٢٨)

ويشير أيضاً كمال ابراهيم مرسي (٢٠٠٠) إلى أن الإرشاد النفسي الديني الإسلامي يستمد مسلماته ومبادئه من الشريعة الإسلامية والتي تستند على الأسس التالية :

١ – النصيحة عماد الدين وقوامه، فالدين النصيحة كما قال صلى الله عليه وسلم.

٢ – الإرشاد من أفضل الأعمال عند الله لأن فيه نفع للناس.

٣ – الإرشاد خدمة يقصد بها وجه الله وطلب مرضاته.

٤– يقوم الإرشاد على تنمية إرادة الفرد في طلب ما ينفعه وترك ما يضره.

٥ – كل شخص حر في اتخاذ قراراته بنفسه واختيار ما يناسبه من الأنشطة التي أحلها الله له.

٦ – الالتزام في الإرشاد بالمحافظة على خصائص النظام والتمسك بالأخلاق الإسلامية.

بينما يرى محمد محروس الشناوى (٢٠٠١) أن الأسس التى يقوم عليها الإرشاد والعلاج النفسى فى الإسلام هى :

١ – قابلية السلوك للتعديل : حيث يقرر الإسلام فى وضوح أن السلوك قابل للتغيير، وأن مناط هذا التغيير خاضع للعلم والرغبة فى التغيير، ولهذا كان إرسال الله الرسل إلى الناس ليساعدوهم على العلم بالطريق الصحيح، ويغيروا من سلوكهم الظاهر والباطن.

٢ – الجوانب العقلية جزء هام فى تعديل السلوك : حيث إن محور الهداية والإنضباط فى حياة الإنسان يقع قدراته العقلية التى ميزه الله بها وكرمه على سائر المخلوقات، وبها خاطبه (أفلا يعقلون) ولكن هذه القدرات العقلية لا تكفى وحدها وإنما لابد لها من تفاعل مع مشاعر إنسانية تربط الإنسان بفطرته، ولابد من تنشئة سليمة على أسس المنهج الإسلامى.

٣ – تصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعى والشعور بها : فالأصل فى تصرفات الإنسان من وجهة نظر الإنسان أنها تحت سيطرة عقله الواعى والناضج ولهذا ارتبط التكليف بالعقل والبلوغ.

٤ – أن المسئولية فردية وجماعية : فالشخص البالغ العاقل يكون مسئول عن عن عمله ويحاسب عنه وحده إن خيراً فخيراً وإن شراً فشراً، ولكن هناك أيضاً مسئولية جماعية فالمؤمنون يتواصون بالحق ويتواصون بالصبر، وكل فرد راع ومسئول عن رعيته.

٥ – يقرر الإسلام مبدأ الفروق الفردية : فالأفراد متباينون فى الخلق والرزق وفى السلوك، ولكل فرد طاقة يرتبط التكليف بها، قال الله تعالى : (**لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ**) .من آية **٢٨٦ سورة البقرة . وقال الله** : (**لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا مَا آتَاهَا**). من آية ٧ سورة الطلاق.

٦ – الإرشاد والعلاج يكون بدافع من الشخص نفسه، قال الله تعالى: (**إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ**). من آية ١١ سورة الرعد.

٧ – مبدأ الإرشاد والعلاج علم ثم عمل ، قال الله تعالى : (**فَاعْلَمْ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَاسْتَغْفِرْ لِذَنْبِكَ وَلِلْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ**).

من آية ١١ سورة محمد.

٨ – مبدأ إختيارية القرار وحرية التصرف : للفرد المسلم متى بلغه العلم وتحقق لنا قدرته على أن يتحمل مسئولية ما يصل إليه من قرار أن يقرر أموره الخاصة ، قال الله : (**لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ**). من آية ٢٥٦ سورة البقرة .

٩ – تختلف طرق الإرشاد والعلاج باختلاف الموقف وحالة الفرد.

١٠ – التدرج فى الأساليب البسيطة والمرغوبة إلى الأساليب الصعبة، قال الله تعالى : (وَاللَّاتِي تَخَافُونَ نُشُوزَهُنَّ فَعِظُوهُنَّ وَاهْجُرُوهُنَّ فِي الْمَضَاجِعِ وَاضْرِبُوهُنَّ فَإِنْ أَطَعْنَكُمْ فَلَا تَبْغُوا عَلَيْهِنَّ سَبِيلًا إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيًّا كَبِيرًا). من آية ٣٤ سورة النساء.

١١ – القائم بالعلاج والإرشاد ينبغى أن يتخلق بخلق الإسلام.

١٢ – أن الإسلام قد اهتم بالعديد من الجوانب فى العلاج، فنجد فى الإسلام الجوانب البيولوجية وجوانب التفكير وجوانب التعلم ومخاطبة المشاعر.

١٣ – المنهج الإسلامى ينير للمرشد طريقه سواء كان عمله فى الجانب الإنمائى أم الوقائى أم العلاجى.

(محمد محروس الشناوى، ٢٠٠١ : ٢٣١)

ويرى حامد زهران (٢٠٠٣) أن الإرشاد النفسي الديني يقوم على أسس ومبادئ وأساليب دينية تتمثل فيما يلي :

١ – أن الله - سبحانه وتعالى - خلق الإنسان، وهو يعلم من خلق، قال تعالى (الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ). آية (٧٨ – ٨٠) سورة الشعراء.

٢ – أن الله – سبحانه وتعالى– يعلم أسباب انحراف سلوك الإنسان وفساده واضطرابه.

٣ – أن الله - سبحانه وتعالى - هو الذي يعرف طرق الوقاية من تلك الاضطرابات وسبل علاجها.

(حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٣ : ٢٩٨)

فالإرشاد النفسي الديني يقوم على أساس اللجوء إلى الله عند الشدة، و هذه طبيعة نفسية بشرية، وأن في اتصال الإنسان بفاطره وموجده " خالقه " القوي العليم الخبير رابطة وثيقة، تقود إلى الأمن النفسي، فإذا أفضى بمخاوفه و قلقه إلى الله، ولجأ إليه هدأت نفسه وشعرت بالسكينة، و بذلك يشفى من الجزع و الفزع و الخوف و الحزن.

ويتضح مما سبق أهمية قيام الإرشاد النفسى الدينى على أسس مستمدة من الكتب السماوية بما يتمشى مع شخصية الفرد وعقيدته، بغية الوصول به إلى إشباع حاجاته النفسية والإجتماعية ووقايته من الاضطرابات النفسية ومساعدته على استعادة الصحة النفسية والثقة الكاملة فى الله سبحانه.

٥ – أهمية الإرشاد النفسى الدينى:

يمثل الدين أهمية كبيرة بما يمثله من جانب روحي وأخلاقي في الإنســـان، وهو يعتبر حجر الزاوية في الإرشــاد النفســي الديني، فهو يخاطب الروح بما يحمله من سـمو ورفعة، وما يحث عليه من أخلاق حميدة، وتمســـك بالقيم والمثل العليا، والإرشـــاد يبرز تلك الجوانب والأبعاد، وتلك العلاقات التي تربط الإنســـان بجوانبه المختلفة.

ويؤكد محمد عوده وكمال مرســى (١٩٩٤) أن الحاجة إلى الدين اسـتعداد فطرى عند الإنســان، وهى حاجة ملحة نامية، يتعلم فيها الفرد كيف يعيشـــها عمليات التنشـــئة الإجتماعية فى البيت والمدرســـة، وأن التدين الحقيقى أفضل من التدين الظاهرى فى إشباع الحاجة إلى التدين، وينادى علماء النفس بضرورة تنمية الحاجة إلى الدين وإشباعها بالتدين الحقيقى للوقاية من الإضطرابات النفسية والإنحرافات السلوكية.

(محمد عوده وكمال مرسى، ١٩٩٤ : ١٠٤)

ويشير محمود ابراهيم عبدالعزيز إلى مجموعة من العوامل التى تؤكد على الحاجة إلى الإرشاد النفسى الدينى فى المجتمع المصرى فى الوقت الحاضر وهى :

١ – التغيرات الأسـرية وخروج المرأة للعمل، والآباء للعمل بالخارج وترك الأبناء دون رعاية كافية، مما يؤدى إلى ظهور العديد من الإضطرابات النفسية والسلوكية، وهذا يتطلب تقديم خدمات الإرشاد الدينى.

٢ – الظروف الإقتصـادية والمتغيرات الإجتماعية فى المجتمع المصـرى من مشـكلات السـكان والبطالة، وتأخر سن الزواج وارتفاع تكاليف الحياة والإزدحام والضوضاء مما يزيد الحاجة إلى الإرشاد الدينى.

٣ – ظهور الإضطرابات السلوكية لدى المراهقين، مما يؤدى إلى الإهتمام بتقديم خدمات الإرشاد النفسى الدينى.

٤ – زيادة الضـــغوط النفســـية والإجتماعية التى تقع على الأفراد وانعكاس أثر ذلك على المراهقين ، وهذا يؤكد الحاجة إلى الإرشاد النفسى الدينى .

٥ – تغير نظام أو نسـق القيم فى المجتمع المصـرى، وزيادة الفروق بين القيم الإقتصـادية والثقافية، والقيم الدينية والخلقية، مما يؤدى إلى الإضطراب السلوكى ويزيد من الحاجة إلى الإرشاد النفسى الدينى.

٦ – حدوث بعض المشـــكلات والإضـــطرابات الدينية والخلقية فى مرحلة المراهقة مثل : الإنحلال الخلقى، والتعصـــب ونقص الوعى الدينى، والشـــعور بالذنب وتأنيب الضـــمير، وعدم الإلتزام بالقيم والمعايير الإجتماعية، وهذا يؤكد على الحاجة إلى الإرشاد النفسى الدينى.

٧ – أهمية إرشاد الأباء والمعلمين وتزويدهم بالأساليب التربوية والنفسية التى تساهم فى التربية الصحيحة للأبناء وتهيئة البيئة الإجتماعية التى تساعد فى تحقيق التوافق والصحة النفسية.

و يستمد الإرشاد النفسي الديني أهميته من قسمين أساسيين: أهميته كإرشاد نفسي، وأهميته كإرشاد ديني، ويمكن توضيح ذلك كما يلى :

لقسم الأول : أهمية الإرشاد النفسي الديني كإرشاد نفسي:

يؤدي الدين جملة من الوظائف التي لا غنى عنها لكل من الفرد والجماعة، وكونه عاملاً مهماً في حياة الإنسان النفسية، وعنصراً أساسياً في نمو شخصيته، وأعظم دعائم السلوك، حيث يوفر قاعدة وجدانية تضمن الأمن والاطمئنان النفسي والاتزان الانفعالي، وتفاؤل وحب للحياة، وعدم النظرة إليها نظرة تشاؤمية، وتأكيد الهوية؛ لما يوفره الإحساس الديني من الإحساس بالسعادة والرضا والقناعة والإيمان بالقضاء والقدر، ويخفف من وطأة الكوارث والأزمات التي تعترض طريق الفرد، فيشعر الفرد بالاطمئنان وعدم الخوف أو التشاؤم من المستقبل، من خلال إطار علاقة الإنسان بخالقه، التي تعد موجهاً لسلوكه في شتى مناحي الحياة، وفي كل مرحلة عمرية من حياة الإنسان .

(عبدالرحمن محمد العيسوى، ٢٠٠٢ : ٥٠)

القسم الثانى : أهمية الإرشاد النفسى الدينى كإرشاد دينى :

إن التدين يحتل مكانة بارزة بين حاجات الأفراد، بكونه دافعاً فطرياً لدى الفرد لعبادة الله، وطلب العون و الحاجة من الله، وقد أعتبره (Allport) في دراسة له بأنه حاجة نفسية موروثة، فمعظم الناس عبر تاريخ البشرية يمارسون شكلاً ما من أشكال التدين، يمثل لهم محدداً لهويتهم.

إن الحاجة للتدين استعداد فطري عند الإنسان، وهي حاجة ملحة نامية، يتعلم الفرد كيف يشبعها من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية في البيت والمدرسة، وأن التدين الحقيقي الجوهري أفضل من التدين الظاهري في إشباع الحاجة إلى التدين، وينادي علماء علم النفس والطب النفسي والصحة النفسية بضرورة تنمية الحاجة إلى الدين وإشباعها للوقاية من الاضطرابات النفسية.

(محمد عودة الريماوى، ١٩٨٦ :٤٦)

وقد حاول الباحث المزج بين القسمين، والإستفادة من فنيات الإرشاد النفسى والإرشاد الدينى.

٦ – أهداف الإرشاد النفسى الدينى :

يمثل الإرشاد جزء من مهمة الداعية في الإسلام، والإسلام منهج شامل للحياة ييسر للناس السعادة والسواء والصحة النفسية، ويرشد المرشدين إلى الطريق الأمثل لتحقيق الذات، ونمو الشخصية، وترقي النفس في مدارج الكمال الإنساني، قال الله تعالى :

(يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُم مَّوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدىً وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ) آية ٥٧ سورة يونس.

وتتعدد أهداف الإرشاد النفسى الدينى وتختلف تبعاً لتعدد النظريات الإرشادية، والمرشد النفسى الدينى يسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف العامة، مثل : تحقيق الذات، وتحقيق التوافق النفسى والصحة النفسية، وتحسين العملية التربوية، وبالإضافة إلى ذلك يحاول تحقيق أهداف الإرشاد الدينى وهى :

١ – تحرير الشخص المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التى تهدد الاطمئنان النفسى للعميل.

٢ – مساعدة العميل على تقبل ذاته، وإشباع حاجاته النفسية بطرق سليمة وشرعية.

٣ – مساعدة العميل على أن يكون سلوكه متوافقاً ومتكاملاً مع التعاليم والقيم الدينية والخلقية، وبناء الشخصية السوية التى تشعر بالصحة النفسية.

٤ – تحليل المحتوى الدينى عند الفرد، ومعرفة أثر القيم الدينية والخلقية فى حياة العميل، ومساعدته على التوبة النصوح.

٥ – المساعدة فى تكوين فلسفة واضحة فى الحياة والتسامى بالنفس الإنسانية من خلال التفاعل الإجتماعى مع الآخرين.

٦ – إعادة التربية والتعليم من خلال الاهتمام بالتربية الدينية وتعميق الإيمان والقيام بالعبادات ونمو الضمير الدينى وتدعيم السمات الإيجابية للشخصية.

٧ – تقوية الإرادة من خلال تعلم ضبط الذات والصبر والتقوى والمراقبة المستمرة لله.

(محمود ابراهيم عبدالعزيز، ١٩٩٨ : ٢٨-٢٩)

يشير محمد محروس الشناوى (٢٠٠١) إلى أهداف الإرشاد النفسى الدينى كما يلى :

١ – مساعدة المسترشد على فهم واقعه وظروفه وتفكيره وتصرفاته ومشاعره، وذلك فى ضوء المنهج الإسلامى ومساعدته على تقويم هذا الواقع والحكم عليه فى ضوء المعايير الإسلامية.

٢ – مساعدة المسترشد على تنمية طاقاته بما يساعده على الوفاء بالتكاليف الشرعية وحاجات معيشته بما يتفق مع متطلبات المجتمع المسلم.

٣ – مساعدة المسترشد على تصحيح عقيدته على ضوء عقيدة التوحيد والوفاء بالتكاليف الشرعية وسلوكه الشخصى والإجتماعى بما يساعده على تحقيق الأمن والطمأنينة.

٤ – مساعدة المسترشد على تعلم كيفية مواجهة المشكلات، وذلك على هدى من المنهج الإسلامى.

٥ – مساعدة المسترشد على تعلم كيفية اتخاذ القرارت وذلك فى ضوء المنهج الإسلامى.

وبذلك يكون الهدف العام للإرشاد النفسى القائم على أساس من المنهج الإسلامى، هو مساعدة الأفراد فى مواجهة ما يقابلهم فى أمور العقيدة والعبادات والمعاملات وسائر شئون الحياة بما يحقق الطمأنينة لهم وللمجتمع المسلم، وذلك من خلال عملية تعليمية، وموقف تعليمى يوفرهما مرشد أو معالج مسلم يعمل فى إطار المنهج الإسلامى.

(محمد محروس الشناوى، ٢٠٠١ : ٢٤٣)

وترى زينب شقير (٢٠٠٢) أن هذا النوع من العلاج يهدف إلى تحرير الفرد من مشاعر الإثم والخطيئة التى تهدد أمنه وطمأنينته ومساعدته على تقبل ذاته مما يساعد على تغيير وتعديل السلوك والتخلص من القلق والاضطراب النفسى، ويمكن للمعالج النفسى الدينى أن يستخدم بعض الفنيات المعرفية مثل الإقناع والحوار والمناقشة والتخيل وغيرها من الفنيات التى تساعد العميل على تكوين مجموعة من المهارات والاتجاهات والقيم وإعادة التربية بما يسمح بتحقيق الاطمئنان النفسى والتخلص من المشكلات التى تواجهه على أن يتناول الشخصية الإنسانية واضطرابها من جميع النواحى العقلية والاجتماعية والنفسية والروحية والدينية.

(زينب محمود شقير، ٢٠٠٢ : ٢٢٧-٢٢٨)

٧ - فنيات الإرشاد النفسى الدينى :

يستهدف الإسلام تكوين المؤمن القوى السليم المعافى، كما يستهدف شفاء النفوس مما يصيبها من علل، وهو بذلك يتفق مع العلاج النفسى الحديث، وإن كانت الأساليب والإجراءات تختلف بعض الشئ.

ويرى عبدالرحمن العيسوى (٢٠٠٢) أن الحياة الروحية كلها مليئة بما يقى المسلم من الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية وأن هناك الكثير من الفنيات و الأساليب التى تكفل التمتع بالصحة النفسية ومنها :

١ **- الدعاء والرجاء** : حيث أن هناك كثير من الأدعية التى يرددها المسلم عند النوم والاستيقاظ وفى كل أحوال حياته، ومن شأن هذه الأدعية من الناحية النفسية والطبية أن تشعر صاحبها بالأمان والاستقرار والهدوء والسكينة والقرب من الله، قال الله تعالى : **(وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ).** من آيه ١٨٦ سورة البقرة.

٢ – **الوضوء :** وفيه شعور بالراحة والنظافة وإحساس بحلاوة الإيمان والقرب من الله والاسترخاء، عَنْ أَبِي مَالِكٍ الْأَشْعَرِيِّ قَالَ : قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ : (الطُّهُورُ شَطْرُ الْإِيمَانِ). رواه مسلم .

٣ **– ذكر الله :** وفى الدعوة لذكر الله يقول الله تعالى : **(وَاذْكُرْ رَبَّكَ فِي نَفْسِكَ تَضَرُّعًا وَخِيفَةً وَدُونَ الْجَهْرِ مِنَ الْقَوْلِ بِالْغُدُوِّ وَالْآصَالِ وَلَا تَكُنْ مِنَ الْغَافِلِينَ)** آية ٢٠٥ سورة الأعراف. وقال الله : **(إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَاخْتِلَافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ لَآيَاتٍ لِأُولِي الْأَلْبَابِ** (١٩٠) **الَّذِينَ يَذْكُرُونَ اللَّهَ قِيَامًا وَقُعُودًا وَعَلَى جُنُوبِهِمْ وَيَتَفَكَّرُونَ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ)** . آية ٩٠-٩١ سورة العمران.

٤ – الصلاة : فالصلاة تؤدى إلى التمتع بهدوء الأعصاب وطمأنينة النفس، والتخلص من مشاعر الإثم، وقد كان صلى الله عليه وسلم يقول : **(جُعِلَتْ قُرَّةُ عَيْنِي فِي الصَّلاةِ)** رواه الطبرانى . وكان صلى الله عليه وسلم يقول : **(قُمْ يَا بِلَالُ فَأَرِحْنَا بِالصَّلَاةِ)** رواه الترمذى .

٥ – **الصيام :** وفيه تربية للنفس وتهذيب لشهواتها وإرجاء لإشباع هذه الدوافع حتى يتم بالطرق المشروعة.

٦ – **الزكاة :** وهى تخلص الإنسان من الأنانية والطمع والجشع ومن الصفات الذميمة المرتبطة بالأمراض النفسية، والإسلام يعود أبناءه التخلص من الصفات الذميمة ويعودهم البر والإحسان والجود والكرم قال الله تعالى : (خُذْ مِنْ أَمْوَالِهِمْ صَدَقَةً تُطَهِّرُهُمْ وَتُزَكِّيهِمْ بِهَا). من آيه ١٠٣ سورة التوبة .

٧ – **الحج :** فالحج يشعر االمسلم بالإخاء والمساواة والألفة مع بقية المسلمين مهما عظم شأنهم.

(عبدالرحمن محمد العيسوى، ٢٠٠٢ : ١٩٠-٢٠١)

كما يقرر معروف زريق (١٩٨٩) مجموعة من الفنيات تتمثل فيما يلى :

١ – **تزكية النفس :** ويكون ذلك بالعناية بحسن تكوينها، والسمو بها وتطهيرها من الأدناس، قال الله تعالى:

(قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا). آية ٩-١٠ سورة الشمس.

٢ – **تعديل الدوافع وتوجيهها :** حيث يؤمن فلاسفة الإسلام بقبول السلوك للتعديل والتوجيه، وقد لجأ الإسلام إلى أساليب مختلفة فى تعديل الدوافع وتوجيهها، ومنها : التسامى والإعلاء، وتحطيم العائق للوصول إلى الهدف، التحويل، الاعتدال والتوفيق.

٣ – **ربط الإنسان بالمثل العليا** : والمثل الأعلى قوة دافعة للسلوك، تحرر الإنسان من قيود الفردية، وتسمو به إلى المستوى الإنسانى الكريم، ذلك من خلال : التوبة، والدعاء، والاستغفار، والصدقة، والقدوة الصالحة.

(معروف زريق، ١٩٨٩ : ١٧٢-١٨٥)

كما يقرر محمد عثمان نجاتى بعض الفنيات للإرشاد النفسى الدينى ومنها :

١ – العلاج النفسى بالإيمان.
٢ – العلاج النفسى بالعبادات.
٣ – العلاج النفسى بالذكر.
٤ – العلاج النفسى بالقرآن.
٥ – العلاج النفسى بالدعاء.

(محمد عثمان نجاتى، ١٩٨٩ : ٣٠٧-٣٣٣)

ويشير محمد عوده (١٩٩٣) إلى بعض الفنيات التى تساعد العميل على التمتع بالصحة النفسية، ومنها :

١ – حث العميل على قراءة القران.

٢ – حث العميل على الصلاة فى المسجد.

٣ – حثه أن يدرب نفسه على الخشوع فى الصلاة.

٤ – حثه على إطالة السجود والإستغفار فيه.

٥ – تدريبه على تمرينات رياضية مشتقة من حركات الصلاة.

٦ - حثه على ارتياد أماكن المتعة (شاطئ البحر، البر، رؤوس الجبال) حيث تتاح له فرصة مد البصر إلى أعلى وإلى الأمام.

٧ – تدريب العميل على الاسترخاء المؤدى للنوم، وذلك أن النوم يذهب الغم عن المؤمن، قال الله تعالى :
(ثُمَّ أَنْزَلَ عَلَيْكُمْ مِنْ بَعْدِ الْغَمِّ أَمَنَةً نُعَاسًا يَغْشَى طَائِفَةً مِنْكُمْ) من آيه ١٥٤ سورة العمران.

(محمد عوده محمد، ١٩٩٣ : ٣٦٩)

ويشير محمد محروس الشناوى (١٩٩٣) إلى بعض هذه الفنيات كما يلى :

١ – مخاطبة العقل والمشاعر : حيث ينبه القرآن المسلم بمخاطبة عقله ومشاعره، قال الله تعالى : **(أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَنْ يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ)** من آية ١٢ سورة الحجرات . وقال تعالى : **(وَلْيَخْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرَكُوا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعَافًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ وَلْيَقُولُوا قَوْلًا سَدِيدًا)** آية ٢٩ سورة النساء.

٢ – النوم واستخدامه فى العلاج : وقد سبق المنهج الإسلامى إلى تقرير أهمية النوم فى مواجهة الأزمات النفسية وتغيير حالة الإنفعال.

٣ – استخدام النماذج السلوكية : والمرشد المسلم لاغنى له عن استخدام هذا الأسلوب، ففى القرآن الكريم والسنة النبوية وفى أعمال السلف ما يساعده فى هذا العمل، ونقرأ فى القرآن الكريم تصوير لنماذج سلوكية يمتدحها الله سبحانه وتعالى، قال الله تعالى : **(قَدْ أَفْلَحَ الْمُؤْمِنُونَ الَّذِينَ هُمْ فِي صَلَاتِهِمْ خَاشِعُونَ وَالَّذِينَ هُمْ عَنِ اللَّغْوِ مُعْرِضُونَ وَالَّذِينَ هُمْ لِلزَّكَاةِ فَاعِلُونَ)** الآيات (١-٤) سورة المؤمنون. وقال صلى الله عليه وسلم : **(صَلُّوا كَمَا رَأَيْتُمُونِى أُصَلِّى).** رواه الدارقطنى.

٤ – العبادات كعلاج نفسى : كالصلاة والذكر والدعاء والحج والزكاة والصدقة، وكلها وسائل هامة ومن أهم آثارها، ما تحدثه من راحة نفسية وطمأنينة بالتقرب لله سبحانه وتعالى، قال الله تعالى : **(وَاسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى الْخَاشِعِينَ)** آية ٤٥ سورة البقرة.

٥ – قوة الإرادة : والإسلام يبنى أبناءه ويربيهم على الجهاد وتقوية الإرادة.

(محمد محروس الشناوى، ١٩٩٣ : ٤٠٤ - ٤٠٩)

ويشير محمود ابراهيم عبد العزيز (١٩٩٨) إلى أنه لم تكن هناك فنيات محددة للإرشاد النفسى الدينى، ولكن المرشد النسى الدينى يستخدم الفنيات التى يتميز بها الإرشاد الدينى، أو الموجودة فى الإرشاد العلمانى الدنيوى، فهو يستخدم فنيات العلاج التحليلى، والعلاج السلوكى، والمعرفى، والإرشاد النفسى الدينى.

(أ) فنيات التحليل النفسى : وتشمل الفنيات الإرشادية التى يمكن أن يستعين بها المرشد النفسى الدينى وهى:

١ – فنية العلاقة العلاجية الدينامية بين المرشد والعميل : والتى تتميز بالتسامح والألفة التى يسودها المشاركة فى القيم والمعتقدات الدينية.

٢ – الاسترخاء : ويشمل خفض مشاعر الإثم وإطلاق الحرية للتعبير عن الرغبات، والمرشد يستفيد من هذه الفنية بتحرير العميل من مشاعر الإثم ومساعدته على ممارسة العبادات خاصة الصلاة التى تعيد للنفس الطمأنينة والهدوء.

٣ – العلاج التدعيمى : ويشمل تدعيم الجزء السليم من الشخصية، وتعزيز السمات الإيجابية فى شخصية العميل.

٤ – الإيحاء.

(ب) الفنيات السلوكية : وهى الفنيات المأخوذة من تطبيقات المدرسة السلوكية فى الإرشاد النفسى وهى :

١ – **فنية الكف بالنقيض** : حيث يتم كف السلوك المضطرب تدريجياً وتعلم السلوك التوافقى الجديد.

٢ – **الثواب والعقاب** : وتستخدم فى الترغيب فى الجنة والترهيب من النار.

٤ – **القدوة أو النموذج :** وتتضـــمن تقديم نموذج أو مثال ســـلوكى للعميل يمكن الإقتداء به، وقد اســـتخدم القرآن النموذج فى كثير من المواقف لتعليم الفرد القيم الدينية والخلقية الســـليمة، قال الله تعالى : **(مَثَلُ الَّذِينَ يُنْفِقُونَ أَمْوَالَهُمْ فِي سَبِيلِ اللَّهِ كَمَثَلِ حَبَّةٍ أَنْبَتَتْ سَبْعَ سَنَابِلَ)** . من آية ٢٦١ سورة البقرة . وقال الله : **(لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ).** من آية ٢١ سورة الأحزاب.

٥ – **القصـــة :** وهى من الفنيات التى تجذب الإنتباه وتهيء موقفاً جيداً للتربية والتعليم، وقد اســتعان القرآن بالقصص الدينى فى التربية والتعليم وتقويم السلوك الإنسانى، قال الله تعالى : **(لَقَدْ كَانَ فِي قَصَصِهِمْ عِبْرَةٌ لِأُولِي الْأَلْبَابِ)** من آية ١١١ سورة يوسف.

٦ – **الإستبصار** : والقرآن والسنة يدعوان إلى الإستبصار والتفكر والتدبر لما فيه من إثارة للإنتباه بما ينفع الفرد ويعدل سلوكه.

(ج) الفنيات المعرفية : وهى الفنيات المستمدة من نظريات الإرشاد والعلاج السلوكى المعرفى، وتهدف إلى تعديل الأفكار اللاعقلانية التى تسبب الإضطراب النفسى، والحث على التفكير العقلانى، ويمكن أن يستخدم المرشد النفسى هذه الفنيات وهى :

١ – التعديل المعرفى	٢ – الحث على التفكير العقلانى
٣ – الحوار والمناقشة	٤ – ضبط الذات .

(د) الفنيات الدينية : وهى الفنيات المستمدة من تطبيق وممارسة الأديان السماوية، وتشمل :

الإعتراف، والعفو والتسـامح، والتوبة والاسـتغفار، وممارسـة الشـعائر والعبادات، والصـبر وقوة الإرادة، والترغيب والترهيب، والإيمان والمراقبة لله، والذكر والدعاء، وتهدف إلى تخليص الفرد من مشـــاعر الإثم والخطيئة، وتعزيز وتدعيم النواحى الدينية عند العميل، وتحقيق الاطمئنان النفسى والشعور بالرضا والصحة النفسية.

(محمود ابراهيم عبدالعزيز، ١٩٩٨ : ٣٢-٣٦)

وقد أشار محمود عطا حسين (٢٠٠٠) إلى بعض الطرق الإرشادية التى استخدمها الإسلام ومنها :

١ – **الطرق الإقتدائية :** مثل قوله تعالى : **(فَبَعَثَ اللَّهُ غُرَابًا يَبْحَثُ فِي الْأَرْضِ لِيُرِيَهُ كَيْفَ يُوَارِي سَـــوْءَةَ أَخِيهِ)** من آية ٣١ سورة المائدة، والقدوة الحسنة تتمثل فى قوله تعالى : **(لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ).** من آية ٢١ سورة الأحزاب.

٢ – **الطرق الوعظية :** وتعتمد أسلوب النصح والترغيب والترهيب، قال الله تعالى : **(يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمْ إِنَّ زَلْزَلَةَ السَّـاعَةِ شَـيْءٌ عَظِيمٌ).** آيه ١ ســورة الحج . وقال الله : **(فَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا قَوْمِ لَقَدْ أَبْلَغْتُكُمْ رِسَـالَةَ رَبِّي وَنَصَحْتُ لَكُمْ).** من آيه ٧٩ سورة الأعراف.

٣ – **الطرق العقلية الإنفعالية :** وتدور حول مخاطبة العقل ومشاعر الفرد، قال الله تعالى : **(أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَنْ يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ).** من آية ١٢ سورة الحجرات.

٤ – **الطرق القصصية.**

(محمود عطا حسين، ٢٠٠٠ : ٢٨-٢٩)

ويحدد حامد زهران (٢٠٠٥) فنيات الإرشاد النفسى الدينى :

١ – الإعتراف. ٢ – الإستبصار.

٣ – التعلم. ٤ – الدعاء.

٥ – ابتغاء رحمة الله، قال الله تعالى : **(إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِنَ الْمُحْسِنِينَ)** من آية ٥٦ سورة الأعراف.

٦ – الإستغفار. ٧ – الصبر.

٨ – التوكل على الله : وتفويض الأمر إليه والرضا بمشيئته، والإيمان بقضائه وقدره والتوكل عليه، قال الله تعالى : **(وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ)** من آيه ٣ سورة الطلاق.

(حامد عبدالسلام زهران، ٢٠٠٥ : ٣٥٩ - ٣٦٣)

ويشير عصام صلاح الشامى (٢٠١٠) إلى عدة فنيات :

١ – الدعاء. ٢ – الصبر. ٣ – الإرادة.

٤ – النمذجة. ٥ – المحاضرة والمناقشة. ٦ – التخيل.

٧ – الاستعاذة. ٨ – القصة. ٩ – جدول الأنشطة السارة.

١٠ – الواجبات المنزلية.

(عصام صلاح الشامى، ٢٠١٠ : ٨٦ - ٨٩)

و يذهب البعض إلى القول بأنه لا توجد فنيات محددة للإرشاد والعلاج النفسي الديني، ولكن المرشد النفسي يستخدم الفنيات التي يتميز بها الإرشاد النفسي الديني، أو الموجودة في الإرشاد النفسي بشكل عام، فهو يستخدم فنيات العلاج التحليلي، أو فنيات العلاج السلوكي مثلاً، أو فنيات العلاج المعرفي والديني، فالعلاج النفسي الديني هو علاج شامل لاتجاهات واستراتيجيات علاجية أخرى كثيرة، حيث يظهر له جانب تحليلي يبرز كيفية تناوله وتحليله لأسباب وأعراض الإضطراب النفسي لدى الشخص، مثل ما يقوم به المعالج أو المرشد النفسي الديني أثناء المقابلة الإرشادية في الكشف عن مكبوتات اللاشعور وتعريفها وإخراجها إلى حيز شعور المسترشد لعلاجها.

كما يحدد المعالج أو المرشد النفسي النمو الديني و القيم المؤثرة على المسترشد، وكيفية الإفادة منها في العملية الإرشادية، بالإضافة إلى امتلاكه جانباً إنسانياً يبرز في تعامله مع الإنسان كوحدة كلية شاملة، و في نظرته لصاحب الإرادة القوية والعقيدة الصحيحة على أنه مسئول عن اختياراته و أفعاله و أقواله، مما يجعله متمتعاً بالتوافق والصحة النفسية، بالإضافة إلى الجانب المعرفي المتمثل في تناول العمليات المعرفية العقلية وآليات التفكير الشامل، أما الجانب السلوكي في الإرشاد و العلاج النفسي الديني فيتمثل في استخدامه مبادئ وقوانين التعلم، وتعديل السلوك لمساعدته في التغلب على اضطراباته النفسية، بالإضافة إلى أساليب الترغيب والترهيب من وسائل الثواب والعقاب.

ويرى الباحث أنه فى مجال الإرشـــاد النفســـى الدينى لاتوجد فنيات محددة لايجوز الخروج عنها، فمجال الإرشاد النفسى الدينى ثرى بالفنيات المستمدة من القرآن الكريم وهو فيه الكثير من الأيات التى تشرح طبيعة النفس البشـرية وما يصـيبها من اضـطرابات نفسـية وانحرافات سـلوكية، والله سـبحانه وتعالى هو الذى خلق الإنسان ويعلم أسباب فساده وانحراف سلوكه، وهو الذى يعرف طرق علاجه ووقايته من أهواء نفسه ورغباتها ويحدد لها طرق الإشباع الذى يحقق لها السعادة فى الدنيا والآخرة ، وعلى المرشد المسلم أن يستفيد بما جاء فى القرآن الكريم من تعاليم ومبادئ ســامية، وكذلك الإســتفادة بالســنة النبوية المطهرة وبكل الفنيات التى لاتتعارض مع الدين أو الخلق القويم.

وبعد عرض فنيات الإرشاد النفسى الدينى فإن الباحث قد استخدم الفنيات التالية :

١ - الاسترشاد بالقرآن الكريم.	**٢ - الدعاء والرجاء.**
٣ - استخدام النماذج السلوكية	**٤ - العبادات كعلاج نفسى.**
٥ - الثواب والعقاب.	**٦ - فنية القصة.**
٧ - فنية الصبر وقوة الإرادة.	**٨ - فنية الحوار والمناقشة الجماعية.**
٩ - مخاطبة العقل والمشاعر.	**١٠ - لعب الدور.**
١١- فنية العلاقة العلاجية الدينامية بين المرشد والعميل.	**١٢ - المحاضرة.**

٨ - مزايا الإرشاد النفسى الدينى:

يشـير عبدالرحمن العيسـوى (٢٠٠٢) إلى أن الإرشـاد النفسـى الدينى لا يمتاز بالسـبق التاريخى وحسـب، ولكنه يمتاز كذلك بما يلى :

١ – **أنه علاج إيمانى** : أى يعتمد على ترسيخ دعائم الإيمان فى نفس الفرد، وللإيمان قيمة علاجية عظيمة، وقيمة وقائية تشعر المؤمن بالأمن والأمان والاستقرار والسكينة.

٢ – **أنه علاج خلقى** : فهو يعتمد فى الوقاية والشـفاء على بث المبادئ الخلقية والفضـائل الحميدة فى نفس الفرد.

٣ – **أنه علاج امتثالى** : بمعنى أنه يدعو الفرد للإمتثال للقيم والمبادى والأعراف السـائدة فى المجتمع، ومن ثم يحقق الفرد تكيفاً مع مجتمعه، فيرضى عن المجتمع ويرضى المجتمع عنه.

٤ – **أنه علاج تعضـيدى** : فهو يقدم المسـاعدة والتأييد والتشـجيع للمريض حتى يرضـى عن نفسـه ويثق بها ويتحرر من مشاعر النقص والدونية.

٥ – **أنه علاج إقناعى** : فهو يقوم على أساس إقناع العميل بالحلول المنطقية.

٦ – **أنه علاج سلوكى** : بمعنى يستهدف تعديل سلوك الفرد، فالعبرة بالعمل الحقيقى.

٧ – **أنه علاج شــمولى** : حيث يتناول الشـخصـية بكافة جوانبها : الجسـمية والعقلية والروحية والخلقية والاجتماعية والعلمية والعملية، فهو يتناول حياة الفرد منذ أن يولد وحتى نهاية حياته.

٨ – **أنه علاج واقعى** : لا يعتمد على الأمور الفلسفية أو الخيالية أو الوهمية.

(عبدالرحمن محمد العيسوى، ٢٠٠٢ : ٦٥ – ٦٦)

كما يشير محمود ابراهيم عبدالعزيز (١٩٩٨) إلى مزايا الإرشاد النفسى الدينى والتى تشمل :

١ – أنه لايقوم على نظريات وآراء بشرية، ولكنه يعتمد على تعاليم وقيم ومبادئ الأديان السماوية.

٢ – يستخدم الإرشاد النفسى الدينى فى مجالات متعددة مثل : الإرشاد العلاجى والزواجى والأسرى والدينى، وإرشاد الشباب والمراهقين.

٣ – يمتاز بالشمول والتكامل لأنه يتناول الشخصية من جميع جوانبها.

٤ – يعد أكثر فائدة مع العملاء الذين لديهم التزام وحب للقيم والتعاليم الدينية، والذين يرفضـون اسـتخدام أساليب الإرشاد العلمانى الدنيوى فى حل مشكلاتهم النفسية.

٥ – يسـاعد فى تعديل وتغيير البيئة الاجتماعية والثقافية السـيئة وتهيئة الظروف المناسـبة للنمو الدينى والاجتماعى والنفسى السوى.

٦ – يمتاز بأنه إرشاد سلوكى يستهدف تعديل وتغيير سلوك الفرد من خلال عمليات إعادة التربية والتعليم وبناء الشخصية.

٧ – يسـاعد فى التعزيز الإيجابى للنواحى الدينية عند الفرد، والتدريب على ضـبط الذات وتعلم أسـاليب وسلوكيات جديدة تساعد فى تحقيق التوافق والصحة النفسية.

٨ – يمتاز كذلك بالواقعية وتقبل الفرد له لأنه يتماشى مع الطبيعة الإنسانية، ومع العقل والمنطق.

(محمود ابراهيم عبدالعزيز، ١٩٩٨ : ٧٦)

٩ – أوجه النقد للإرشاد النفسى الدينى :

يهدف التحليل النقدى للإرشاد النفسى الدينى إلى معرفة مواضع الإتفاق والإختلاف بين موضوعات علم النفس ومبادئ علم الإسلام، فأما ما يتفق مع مبادئ الإسلام فيتم الإبقاء عليه، وأما ما لا يتفق معها فيخضع للدراسة بهدف تعديله أو حذفه، وحينما يتعرض بعض علماء النفس الغربيين للدين فإنهم ينظرون إليه باعتباره دافعاً إجتماعياً مكتسباً نشأ تحت تأثير بعض الظروف الاجتماعية والنفسية التى مر بها الإنسان عبر عصور تاريخه القديم.

(محمد عثمان نجاتى، ١٩٩٣ : ٣٣٩)

ويرى عصام صلاح الشامى (٢٠١٠) أن أوجه النقد هذه لاتعود إلى قصور فى الدين، ولكنها ترجع إلى أن المرشد غير معد إعداداً علمياً ومهنياً جيداً، أو لأن العميل غير مهيأ لاستقبال الإرشاد الدينى، أو لقصور فى الإجراءات والفنيات المستخدمة فى عملية الإرشاد النفسى الدينى، وإذا تمكن المرشد من التغلب على هذه العيوب فإن عملية الإرشاد سوف تحقق نتائج طيبة فى علاج مشكلات العميل وتحقيق الصحة النفسية.

(عصام صلاح الشامى، ٢٠١٠ : ٩٥)

ويقرر محمود ابراهيم عبد العزيز (١٩٩٨) عدة انتقادات توجه إلى الإرشاد النفسى الدينى :

١ – استخدام بعض العملاء للدين على أنه ميكانيزم دفاعى (التدين المرضى) بحيث يخفى العملاء مشكلاتهم عن المرشد النفسى.

٢ – صعوبة فحص أو تحديد مستوى النمو الدينى عند العميل، وهذا يحتاج إلى المرشد الممتاز من الناحية المهنية.

٣ – الاختلاف فى الدين أو اللغة بين المرشد النفسى والعميل، بحيث يعوق عملية الإرشاد الدينى.

٤ – التحول المضاد **Counter Transference** أى محاولة العميل استخدام الدين فى تضليل المرشد الدينى وإبعاده عن مناقشة المشكلات الرئيسية التى يعانى منها العميل، أو تحول العميل إلى مذهب دينى آخر.

٥ – صعوبة إخضاع الظاهرة الدينية للبحوث التجريبية والعملية، وإن كانت هناك بحوث متخصصة فى مجال الإرشاد والعلاج النفسى الدينى فى الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من الدول الأخرى.

٦ – عدم صلاحية الإرشاد النفسى الدينى مع بعض العملاء الذين يرفضون استخدام الدين فى حل أو علاج مشكلاتهم النفسية.

٧ – صعوبة التعاون فى بعض الأحيان بين علماء النفس والصحة النفسية ورجال الدين مما قد يؤدى إلى فشل مهمة المرشد النفسى الدينى.

وقد حاول الباحث التغلب على هذه العيوب والإنتقادات الموجهة للإرشاد النفسى الدينى من خلال :

- محاولة الإلمام بقدر كبير من فنيات الإرشـاد النفسـى الدينى، والإسـتفادة منها وتوظيفها توظيفاً يتمشـى مع طبيعة البحث والعينة.
- حاول الباحث الإستفادة من الآيات القرآنية والأحاديث النبوية وتوظيفها ودلالتها ما أمكن.
- المزج بين فنيات الإرشاد النفسى الدينى، وما يتمشى معه من فنيات وطرق العلاج النفسى الأخرى.
- كما حاول الباحث الإنتباه إلى مظاهر التدين المرضى، أو الأفكار المتشددة لدى بعض أفراد العينة.
- كذلك حاول الباحث إحتواء السلوكيات السلبية من بعض أفراد العينة وإقامة علاقة مودة بينه وبينهم.

مراجع الفصل الخامس

- أبو بكر محمد مرسي (٢٠٠٢): **أزمة الهوية في المراهقة والحاجة إلى الإرشاد النفسي**، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- إجلال محمد سرى (١٩٩٠): **علم النفس العلاجى**، القاهرة، عالم الكتب.
- إسعاد عبد العظيم البنا (١٩٩٠): **دور الأدعية والأذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج النفسي الديني**، بحوث المؤتمر السادس لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، ص ص ٥١- ٦٨.
- جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي (١٩٨٩): **معجم علم النفس والطب النفسي**، الجزء الثاني، القاهرة، دار النهضة العربية.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٥): **التوجيه والإرشاد النفس**، الطبعة الثانية، القاهرة، عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٤): **التوجيه والإرشاد النفسى** ط٣، القاهرة، عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٥):**علم نفس النمو**، ط٥، القاهرة، عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (٢٠٠٣): **الصحة النفسية والعلاج النفسى**، القاهرة، عالم الكتب.
- حسين على فايد (٢٠٠٥): **العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته وأخلاقياته**، القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- رشاد على عبد العزيز موسى (١٩٩٤): **بحوث في سيكولوجية المعاق، القاهرة**، دار النهضة العربية.
- ريتشارد شاخت، ترجمة: يوسف كامل حسين (١٩٩٥): **الإغتراب**، القاهرة، دار شرقيات.
- سامية لطفي داوود (١٩٩٨): **العلاقة بين الاغتراب ومفهوم الذات لدى المكفوفين**، رسالة ماجستير، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
- سحر عبد الحميد يوسف الكحكي (١٩٩٧): **تقييم برنامج علاجي تكاملي لعلاج التلعثم لدى عينة من الأطفال المعاقين- دراسة إكلينيكية مقارنة**، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- سلوى على سليم (١٩٨٥): **الإسلام والضبط الإجتماعى**، القاهرة، مكتبة وهبه.
- سيد محمد صبحى (١٩٨٠): الإرشاد الدينى وعلاقته بالمسئولية الإجتماعية لدى المراهقين فى المدرسة المتوسطة – مجلة رسالة التربية – جامعة الملك عبدالعزيز، المدينة المنورة ص ٢٣٠
- سيد محمد صبحى (١٩٩٨): **الإنسان وصحته النفسية**، القاهرة، برنت للطباعة والتصوير.
- صبحى عبدالفتاح الكفورى (٢٠٠٦): الإرشاد والتوجيه النفسى والتربوى، كلية التربية، جامعة طنطا.
- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠): **العلاج المعرفى السلوكى، أسس وتطبيقات**، القاهرة، دار الرشاد، ط١.

- عادل عزالدين الأشول (١٩٨٧): **موسوعة التربية الخاصة**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عباس محمود عوض (١٩٨٠): مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك، ألإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- عبدالرحمن العيسوى (٢٠٠٢): **الأمراض النفسية وعلاجها**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- عبدالعزيز القوصى (١٩٨٣): مشكلات وصور نفسية، مكتبة الدراسات النفسية، القاهرة، دار المعارف.
- عبدالفتاح دويدار (١٩٩٠): **فى الطب النفسى وعلم النفس المرضى الإكلينيكى**، بيروت، دار النهضة.
- عبد اللطيف محمد خليفة (٢٠٠٣): **دراسات في سيكولوجية الاغتراب**، القاهرة، دار غريب.
- عبدالمطلب أمين القريطى (٢٠٠١): **سيكولوجية ذوى الإحتياجات الخاصة وتربيتهم**، القاهرة، دار الفكر العربى.
- عبد المنعم الحفني (١٩٩٢): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، الجزء الثاني، القاهرة، مكتبة مدبولي.
- عدلى على أبو طاحون (١٩٩٩): **سوسيولوجيا التطرف الدينى: جذور ومظاهر التطرف الدينى بين أتباع الديانات السماوية، مع دراسة للواقع المصرى**، الإسكندرية، المكتب الجامعى الحديث.
- فاخر عقل (١٩٨٥): **معجم علم النفس**، بيروت، لبنان، دار العلم للملايين.
- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣): **موسوعة علم النفسي والتحليل النفسى**، الكويت، دار سعاد الصباح.
- فؤاد أبو حطب، أمال صادق (١٩٩٠): **علم النفس التربوي**، ط ٢، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- كاملة الفرخ وعبدالجابر تيم (١٩٩٩): **مبادئ التوجيه والإرشاد النفسى**، عمان (الأردن)، دار صفاء.
- كلير فهيم (٢٠٠٢): **الصحة النفسية والزواج السعيد**، القاهرة، دار المعارف.
- كمال إبراهيم مرسى (١٩٨٨): **المدخل إلى الصحة النفسية**، الكويت، دار القلم.
- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٥): **التأصيل الإسلامي للإرشاد النفسي لأباء المتخلفين عقليًا**، المجلد الأول- المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي- كلية التربية، جامعة عين، ص ص ١٥٣-١٦٩.
- كمال سالم سيسالم (١٩٩٧): **المعاقون بصرياً (خصائصهم ومناهجهم).** ط١، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.
- لطفى بركات أحمد (١٩٨١): **تربية المعاقين فى الدول العربية**، الرياض، دار المريخ للنشر والتوزيع.

- لطفى بركات أحمد (١٩٨٨): **الرعاية التربوية للمكفوفين**، تهامة، إدارة النشر والتوزيع.
- مائسة أنور المفتى (١٩٧١): **إعداد صورة معدلة لإختبار (وكسلر - بلفيو) لذكاء الراشدين والمراهقين لتطبيقه على المكفوفين**، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- مجمع اللغة العربية، **المعجم الوجيز** (٢٠٠١): القاهرة، طبعة الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.
- محمد إبراهيم عيد (١٩٨٧): **دراسة تحليليةللإغتراب وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الشباب**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- محمد ابراهيم عيد (١٩٩٠): **الإغتراب النفسى**، القاهرة، الرسالة الدولية للإعلان.
- محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٦): **مقدمة فى الإرشاد النفسى**، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- محمد الراجحى وعبد الرازق عمار، (١٩٨٣): **دراسة حول تربية المعوقين فى البلاد العربية**، تونس، المجلة العربية للبحوث التربوية، العدد الثانى.
- محمد بيومي خليل (١٩٨٩): **علاج انحراف الشباب من منظور إسلامي**، الجزءالثاني، العدد (١٧)، مجلة كلية التربية- جامعة طنطا، ص ص (٥٧- ٧٥).
- محمد خيرى محمد على (١٩٧٠): **الرفاهية الإجتماعية**، القاهرة، دار النهضة العربية.
- محمد عاطف غيث (١٩٩٥): قاموس علم الإجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- محمد عبدالتواب معوض (١٩٩٦): **أثر كل من العلاج النفسى الدينى والعلاج المعرفى فى تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة المنيا.
- محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٩٤): مشكلات الأبناء وعلاجها، من الجنين إلى المراهق، ط٢، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- محمد عبدالمؤمن حسين (١٩٨٦): **سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم**، القاهرة، دار الفكر الجامعى.
- محمد عثمان نجاتي (١٩٨٩): **القرآن وعلم النفس**، الطبعة الثالثة، القاهرة، دار الشروق.
- محمد عثمان نجاتى (١٩٩٣): **الحديث النبوى وعلم النفس**، ط٢، القاهرة، دار الشروق.
- محمد على حسين عمار (٢٠٠١): **أثر برنامج إرشادى نفسى دينى فى تخفيف بعض الأعراض الإكتئابية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية العامة**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- محمد عماد الدين إسماعيل (٢٠٠١): **دليل الوالدين إلى تنشئة الطفل**، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- محمد عودة محمد (١٩٩٣): **بعض أشكال عصاب الوسواس القهري، وعلاقتها ببعض المعطيات الدينية**، أبحاث ندوة علم النفس، الطبعة الأولى، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، القاهرة، ص ص (٣٤٩- ٣٤٧).

- محمد عودة الريماوى، وكمال إبراهيم مرسى (١٩٩٤): **الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام،** ط٣ ، الكويت، دار القلم.

- محمد محروس الشناوي (١٩٩٣): **الإرشاد النفسي من منظور إسلامي،** أبحاث ندوة علم النفس، الطبعة الأولى، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، القاهرة، ص ص (٣٧٤- ١٧٥).

- محمد محروس الشناوى (٢٠٠١): **بحوث فى التوجيه الإسلامى للإرشاد والعلاج النفسى،** القاهرة، دار غريب للنشر.

- محمد محمد السيد عبد الرحيم (١٩٨٠): **دراسة لمفهوم الذات لدى المراهقين المعوقين حركيًا "حالات الشلل"، وتصميم برنامج لتعديل وتدعيم مفهوم الذات لديهم،** رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

- محمود ابراهيم عبدالعزيز فرج (١٩٩٨): **أثر الإرشاد النفسى الدينى فى خفض بعض الإضطرابات السلوكية لدى المراهقين من الجنسين،** رسالة دكتوراه، كلية التربية بالوادى الجديد، جامعة أسيوط.

- محمود رجب (١٩٩٣): **الاغتراب: سيرة، مصطلح،** ط٤، القاهرة، دار المعارف.

- محمود عطا حسين عقل (٢٠٠٠): **الإرشاد النفسى والتربوى،** الرياض، السعودية، دار الخريجى للنشر والتوزيع.

- محمود فتحي عكاشة، وحمدي شحاتة عرقوب (٢٠٠٣): **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة،** (ب ن).

- مصطفى فهمي (١٩٨٧): **الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف،** الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة الخانجي.

- معروف زريق (١٩٨٩): **علم النفس الإسلامى،** دمشق، سوريا، دار المعرفة.

- نزار مهدى الطائى (١٩٩٣): **الإتجاه نحو الدين وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى عينة من الطلبة الجامعيين فى الكويت،** الحولية ١٢ تصدر عن مجلس النشر العلمى، كلية الآداب، جامعة الكويت.

- نضال الموسوى (١٩٩٤): **الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى فى المدارس الكويتية بين أصالة الخبرة ومحنة العدوان،** بحث علمى منشور، المؤتمر الدولى الأول لمركز الإرشاد النفسى، القاهرة، جامعة عين شمس.